RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Direction de la programmation et coordination

Services d'intégration sociale aux personnes
présentant une déficience intellectuelle

SYNTHÈSE RÉGIONALE

Portant sur le bilan qualitatif
du modèle en expérimentation

Du mécanisme de coordination
de l'accès aux services

Manon Rainville
Conseillère cadre

Janvier 2001

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Direction de la programmation et coordination

Services d'intégration sociale aux personnes
présentant une déficience intellectuelle

SYNTHÈSE RÉGIONALE

Portant sur le bilan qualitatif du modèle en expérimentation

Du mécanisme de coordination de l'accès aux services

Manon Rainville
Conseillère cadre

Adopté par le sous-comité de travail multisectoriel
du mécanisme de coordination de l'accès
aux services en déficience intellectuelle

Janvier 2001

106-06195/

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
Téléphone : (514) 286-5604

Prix : 9,00 $

Coordination et rédaction

Manon Rainville, Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle

avec la collaboration des
membres du sous-comité de travail multisectoriel du mécanisme de coordination
de l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2001
@ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001
ISBN : 2-89510-046-2

Vous pouvez consulter ce document sur le site web de la Régie régionale de Montréal -Centre à l'adresse électronique *www.rrsss06.gouv.qc.ca*.

Note : Le masculin est employé comme genre neutre dans le but d'alléger le texte, on ne doit y voir aucune discrimination.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier pour leur précieuse collaboration les nombreuses personnes qui ont participé à cette démarche et plus particulièrement celles qui ont été impliquées depuis le début du processus d'implantation (voir section «Annexes»).

La contribution de tous ces partenaires permettra d'identifier des moyens pour assurer une meilleure prestation de services et une concertation complémentaire dans la réponse aux besoins de la clientèle.

Nos remerciements les plus sincères s'adressent aux membres du sous-comité de travail multisectoriel qui ont fourni des efforts soutenus tout au long de ce processus. Les orientations et les ajustements retenus permettront des améliorations assurant davantage la présence d'un réseau interactif de services en déficience intellectuelle.

Finalement, nous remercions particulièrement madame Régine Gagnon qui a réalisé l'ensemble des travaux de bureautique et de secrétariat ainsi que madame Nicole Léonard pour son apport à la relecture des textes.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction **11**

1. Connaissance et impact du mécanisme depuis son implantation **15**

✓ Résumé des commentaires 15

Plusieurs CLSC et CRPDI 15

CLSC 15

CRPDI 16

CRDP 16

CH pédiatrie et pédopsychiatrie 16

CH psychiatrie 17

OPHQ 17

✓ Ajustements proposés 17

CLSC 17

CRPDI 18

CRDP 18

CH pédiatrie et pédopsychiatrie 18

OPHQ 19

2. Apport du mécanisme par rapport aux objectifs visés **20**

2.1. Clientèle (primauté et rôle central dans la prise de décision de la personne et sa famille, réponse générale aux besoins et à l'accès aux services) 20

2.1.1. Reconnaissance de la primauté et du rôle central dans la prise de décision de la personne et sa famille 20

✓ Résumé des commentaires 20

Plusieurs CLSC et CRPDI 20

CLSC 20

CRPDI 20

CRDP 21

CH pédiatrie et pédopsychiatrie 21

CH psychiatrie 21

OPHQ 21

✓ Ajustement proposé 21

CH pédiatrie et pédopsychiatrie 21

2.1.2. Réponse générale aux besoins pour la personne et sa famille 22

✓ Résumé des commentaires 22

CLSC 22

CRPDI 22

CRDP 22

CH pédiatrie et pédopsychiatrie 23

OPHQ 23

✓ Ajustements proposés 23

CLSC 23

CRPDI 23

CH pédiatrie et pédopsychiatrie 23

OPHQ 24

2.1.3. Accès aux services 24

✓ Résumé des commentaires 24

CLSC 24

CRPDI 26

CRDP 26

CH pédiatrie et pédopsychiatrie 27

CH psychiatrie 28
OPHQ 28
✓ Ajustements proposés 29
CLSC 29
CRPDI 30
CRDP 30
Regroupement des établissements de réadaptation en déficience physique 30
CH pédiatrie et pédopsychiatrie 31
CH psychiatrie 31
OPHQ 32
2.2. Concertation et collaboration multisectorielle dans la demande et la prestation aux services 32
2.2.1. Concertation entre les partenaires 32
✓ Résumé des commentaires 32
CLSC 32
CRPDI 34
CRDP 35
CH pédiatrie et pédopsychiatrie 36
CH psychiatrie 37
OPHQ 37
✓ Ajustements proposés 37
Plusieurs CLSC et CRPDI 37
CLSC 37
CRPDI 38
CRDP 38
CH pédiatrie et pédopsychiatrie 38
CH psychiatrie 39
2.2.2. Expériences de concertation 40
✓ Résumé des commentaires 40
CLSC 40
CH pédiatrie et pédopsychiatrie 40
2.3. Modalités de fonctionnement du mécanisme 41
2.3.1. Porte d'entrée (nouvelles demandes de services et personnes desservies) 41
✓ Résumé des commentaires 41
CLSC 41
CRPDI 41
CRDP 41
CH pédiatrie et pédopsychiatrie 41
OPHQ 42
✓ Ajustements proposés 42
CLSC 42
CH pédiatrie et pédopsychiatrie 42
2.3.2. Critères pour la clientèle (personne nécessitant l'intervention de plus d'un établissement et/ou organisme et réputée disponible à recevoir des services, définition et diagnostic DI) 42
✓ Résumé des commentaires 42
Plusieurs CLSC et CRPDI 42
CLSC 43
CRPDI 43
CRDP 44
CH pédiatrie et pédopsychiatrie 44
CH psychiatrie 44
OPHQ 44
✓ Ajustements proposés 44
CLSC 44
CRPDI 45
CRDP 45

CH pédiatrie et pédopsychiatrie 45
OPHQ 45
2.3.3. Accueil, évaluations sommaire et globale, collaboration entre le passage des étapes d'évaluations et formulaires utilisés 45
✓ Résumé des commentaires 45
CLSC 45
CRPDI 46
CRDP 47
CH pédiatrie et pédopsychiatrie 47
CH psychiatrie 47
OPHQ 47
✓ Ajustements proposés 48
CLSC 48
CRPDI 48
CRDP 48
CH pédiatrie et pédopsychiatrie 48
CH psychiatrie 49
OPHQ 49
2.3.4. Orientation de la demande vers une démarche PSI (qui fait quoi et comment) et délais entre les évaluations effectuées et la rencontre sur l'élaboration du PSI (60 jours ouvrables) 49
✓ Résumé des commentaires 49
CLSC et CRPDI 49
CLSC 50
CRPDI 50
CRDP 50
CH pédiatrie et pédopsychiatrie 50
✓ Ajustements proposés 51
CLSC 51
CRPDI 51
CRDP 51
2.3.5. Activités techniques concernant la démarche du PSI (animation, rencontres PSI, rédaction des PSI, mise en priorité des demandes, suivi et révision du PSI, utilisation des mesures alternatives) 51
✓ Résumé des commentaires 51
Plusieurs CLSC et CRPDI 51
CLSC 52
CRPDI 53
CRDP 54
CH pédiatrie et pédopsychiatrie 55
OPHQ 55
✓ Ajustements proposés 56
Plusieurs CLSC et CRPDI 56
CLSC 56
CRPDI 56
CRDP 57
CH pédiatrie et pédopsychiatrie 57
CH psychiatrie 57
OPHQ 57
2.3.6. Notion de répondant 58
✓ Résumé des commentaires 58
CLSC 58
CRPDI 58
CRDP 58
CH pédiatrie et pédopsychiatrie 58
CH psychiatrie 59

✓ Ajustements proposés 59
CLSC 59
CRPDI 59
CRDP 59
CH pédiatrie et pédopsychiatrie 59

Annexes

Liste des sigles 63
Degré de satisfaction de la personne et de sa famille dans une démarche PSI 65
Degré de satisfaction par rapport à la Régie régionale dans l'implantation du mécanisme, dans son rôle de coordination et d'orientation lors de situations complexes 67
Liste des personnes qui ont collaboré aux travaux relatifs au bilan qualitatif 2000 73
Liste des personnes qui ont collaboré à l'ensemble de la démarche 77
Travaux réalisés par le sous-groupe de travail des cinq comités transitoires de janvier 1999 à mai 1999 79

INTRODUCTION

Le conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre a adopté le 27 juin 1995 le plan de reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux basé notamment sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la personne, la qualité des services, l'efficience des ressources ainsi que la mise en place du mécanisme de coordination de l'accès aux services comme un des *moyens privilégiés pouvant garantir l'instauration d'un réseau interactif de services en déficience intellectuelle*."

Afin d'actualiser son implantation, la Régie régionale a mis sur pied un comité de travail multisectoriel, composé des principaux représentants des divers milieux oeuvrant auprès des personnes vivant avec une déficience intellectuelle, dont le mandat était de valider les modalités de fonctionnement proposées.

Avant de procéder à l'implantation du mécanisme sur l'ensemble de l'île de Montréal, la Régie régionale a mis de l'avant un projet expérimental dans deux territoires de CRPDI (Est et Nord) afin de s'assurer que les modalités établies permettaient de réaliser les fonctions attribuées au mécanisme.

Ce projet a fait l'objet d'une évaluation par le Service des études et de l'évaluation de la Régie régionale visant à consolider et à apporter les ajustements nécessaires, au besoin.

Pour faire suite à cette étude, des travaux ont été effectués sur les modalités d'application du modèle. Le 7 mai 1997, le comité de travail multisectoriel a retenu des modalités de fonctionnement qui ont été adoptées par le conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre le 19 juin 1997.

Un document intitulé «*Cadre de référence, mécanisme de coordination de l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle, Manon Rainville, 12 septembre 1997*» a été produit et acheminé à tous les partenaires du réseau.

L'évaluation de l'implantation du mécanisme a été confiée à un sous-comité émanant du comité de travail multisectoriel. Ce sous-comité était alimenté par les personnes-ressources désignées par les CLSC et les CRPDI ainsi que par les membres de chaque comité transitoire des territoires de CRPDI jusqu'en mai 1999. Ces deux instances étaient, entre autres, responsables d'assurer une application uniforme des modalités, de collaborer au processus d'évaluation et de proposer des ajustements, s'il y avait lieu.

La mise en place du mécanisme qui devait débuter en octobre 1997 a été retardée, dans les CLSC et les CRPDI, de janvier à juin 1998 pour les raisons suivantes

- En réponse à la demande des CLSC, des rencontres d'information-sensibilisation offertes par la Régie régionale ont dû être ajoutées et échelonnées de septembre 1997 à juin 1998;
- Un grand nombre d'établissements ont procédé à une restructuration ou à une réorganisation interne de leurs services en déficience intellectuelle.

Un bilan couvrant la période du 16octobre 1997 au 3 juillet 1998 a été réalisé. Il fait état, entre autres, que :

- Le nombre de PSI élaborés était très peu élevé et ne permettait pas de procéder à une évaluation du modèle;
- Les partenaires des CRDP, des CHSGS, des CHSP et des CJ n'avaient pas reçu les informations suffisantes garantissant l'implantation de règles uniformes et d'une concertation intra et interréseau. Les rencontres d'information-sensibilisation pour ces établissements ont pu être offertes seulement de janvier à août 1999.

Le sous-comité de travail multisectoriel et les représentants des cinq comités transitoires ont alors recommandé le report du processus d'évaluation prévu pour février 1999.

Il a également été convenu de confier à un sous-groupe de travail provenant des membres des comités transitoires des travaux découlant des constats émis dans le bilan du 3 juillet 1998. Ces travaux ont été effectués de janvier 1999 à mai 1999 (voir section «Annexes»). Les formulaires du mécanisme ont alors été révisés et acheminés à l'ensemble des partenaires en juin 1999.

En mars 2000, le sous-comité de travail multisectoriel s'est entendu pour réaliser un **bilan qualitatif** avec l'ensemble des partenaires du réseau portant sur l'atteinte **des principaux objectifs visés par l'implantation du mécanisme qui devaient permettre de :**

- Reconnaître la primauté de la personne et sa famille et leur rôle central dans la prise de décision;
- Faciliter et apporter des solutions aux problèmes de coordination de l'accès aux services;
- Établir des modalités régionales de concertation et de collaboration multisectorielle dans la prestation des services du réseau de la santé et des services sociaux (intraréseau) et des réseaux de l'éducation, de la justice, des municipalités, de la main d'œuvre, des services de garderies et autres organismes (interréseaux);
- Implanter des règles de fonctionnement uniformes et garantir une harmonisation des pratiques dans la région de Montréal en matière d'élaboration et de mise en application d'un PSI.

Des rencontres d'échanges avec des représentants des CLSC et CRPDI par territoire, des CRDP, des CHGS (pédiatrie et pédopsychiatrie) et des CHSP se sont tenues de mai à juin 2000. Les ajustements proposés en mai 1999, par le sousgroupe de travail des comités transitoires, ont été déposés à ces rencontres.

Plusieurs commentaires écrits émanant des établissements ont également été acheminés à la Régie régionale jusqu'en novembre 2000.

Un questionnaire sur le degré de satisfaction de la personne et de sa famille dans une démarche PSI a été acheminé aux familles. Les associations de parents ainsi que l'OPHQ ont également été consultés. Par ailleurs, aucun commentaire n'a été reçu par le Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle (CRADI).

Depuis juin 2000, des représentants provenant des CRDP, CHSGS (pédiatrie et pédopsychiatrie) et CHSP siègent au sous-comité de travail multisectoriel et assurent ainsi que les orientations retenues tiendront compte des avis de l'ensemble du réseau des dispensateurs de services. En janvier 2001, les centres jeunesse se joindront au sous-comité multisectoriel.

Un **rapport** contenant l'ensemble des **commentaires reçus** par chacun des établissements et organismes en termes **de réalisations ou de difficultés et d'ajustements proposés** selon les éléments abordés est disponible sur demande aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre.

Le sous-comité a procédé à l'analyse de ces rapports et a dégagé les principaux commentaires et ajustements par type d'établissement et d'organisme afin d'élaborer une **synthèse régionale**. Les exécutifs des tables de concertation en déficience intellectuelle ainsi que les centres jeunesses seront consultés en janvier 2001. Leurs commentaires feront partie d'un document complémentaire à la synthèse régionale.

Les éléments abordés porteront sur:

- La connaissance et l'impact du mécanisme depuis son implantation;
- L'apport du mécanisme par rapport aux objectifs visés
  - ✓ La clientèle (la primauté et le rôle central dans la prise de décision de la personne et sa famille, la réponse générale aux besoins ainsi que l'accès aux services);
  - ✓ La concertation et la collaboration multisectorielle dans la demande et l'accès aux services;
  - ✓ Les modalités de fonctionnement du mécanisme (porte d'entrée, accueil, évaluations sommaire et globale, formulaires utilisés, orientation de la demande vers une démarche PSI, activités techniques concernant la démarche PSI et notion de répondant);
- Le degré de satisfaction de la personne et de sa famille dans une démarche PSI (voir section «Annexes»);
- Le degré de satisfaction par rapport à la Régie régionale dans l'implantation du mécanisme, dans son rôle de coordination et d'orientation lors de situations complexes (voir section «Annexes»).

Pour compléter la démarche, le sous-comité retiendra les **points saillants** afin de proposer à la Direction de la programmation et coordination de la Régie régionale des **orientations et des ajustements** sur le modèle actuellement en expérimentation en se basant sur les éléments contenus dans la synthèse régionale.

Le **cadre de référence** sera **révisé** en conséquence en mars 2001.

À la suite de son adoption, un **mécanisme d'information et de support** sera mis en place par la Régie régionale afin que le modèle révisé soit présenté aux différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, des réseaux de l'éducation, de la justice, des municipalités, de la main d'œuvre, des services de garderies et d'autres services communautaires.

1. CONNAISSANCE ET IMPACT DU MÉCANISME DEPUIS SON IMPLANTATION

✓ **Résumé des commentaires**

Plusieurs CLSC et CRPDI

- (R) Le mécanisme a permis:
  Le développement de formulaires et d'outils uniformes et efficaces permettant de mieux identifier et cerner les besoins des clients, de cibler les services lors des évaluations effectuées et d'assurer la coordination des services. Ces outils guident également les intervenants à développer des habiletés dans les tâches à accomplir

CLSC

- (R) Pour la clientèle, le mécanisme a apporté des gains très positifs. Celui-ci a permis :
  D'atteindre l'objectif d'impliquer le client et sa famille comme acteurs principaux dans l'expression et la définition de leurs besoins et de favoriser la participation accrue des familles. Cette approche est très appréciée par celles-ci et est un acquis très précieux
  Une meilleure information et une compréhension commune pour le client sur les services offerts par le réseau, entre autres par les CRPDI, sur les délais d'attente, sur la mise en priorité des demandes, sur les procédures à suivre ainsi que ses droits par rapport aux CRPDI
  D'établir un rapprochement et des liens plus formalisés entre le client, la famille et la structure de services des différents réseaux. Ceci a contribué à uniformiser les pratiques et les approches cliniques des partenaires et à instaurer une collaboration et un travail conjoint par un contact et des réponses plus rapides lors d'une nouvelle demande permettant d'assurer une prestation de services intraréseaux
  Des ajustements par les CRPDI pour simplifier le processus d'accès
- (R) Le fonctionnement actuel est satisfaisant, positif et le processus est intégré. Il n'est pas remis en question, ni contesté par plusieurs CLSC. La résistance vécue, il y a trois ans, n'existe plus
- (R) Les objectifs et la philosophie entourant le mécanisme ont favorisé la connaissance et la négociation entre les partenaires, diminuant ainsi le nombre de situations litigieuses. Cela a également aidé à établir les règles du jeu de qui fait quoi et comment. Les établissements se sont davantage positionnés en fonction de leurs mandats, leur pouvoir et imputabilité
- (R) La structure de certains CLSC favorisel'application du modèle:
  Lorsque le CLSC a une équipe d'intervenants spécialisés, l'accès à des évaluations ou à des services est plus rapide et les modalités expérimentées s'actualisent mieux
- (R) et (D) Le fonctionnement du mécanisme est peu connu des CLSC du territoire Sud qui n'appliquent qu'en partie le modèle actuel. Le CRPDI a établi son propre système de fonctionnement. Plusieurs CLSC indiquent qu'il est satisfaisant et permet l'évitement des lourdeurs administratives du mécanisme :
  Les intervenants de certains CLSC sont confrontés à deux systèmes de fonctionnement d'accès : celui instauré par le CRPDI (Sud) et celui du CRPDI (Ouest) qui s'inscrit davantage dans le modèle du mécanisme implanté dans la région. Les demandes sont acheminées à l'un ou à l'autre selon les ententes pour la clientèle d'expression française ou anglaise

- (D) Le mécanisme est davantage relié aux modalités d'accès pour les demandes plutôt qu'à l'accès aux services :

  Les problèmes sont plutôt ressentis dans l'application concrète du plan d'action. Le contexte financier n'a pas favorisé l'implantation. Le manque de ressources humaines et financières des CRPDI est un handicap sérieux pour répondre adéquatement aux besoins des familles. C'est un élément irritant

  Les intervenants perdent trop de temps à faire des démarches administratives en raison des nombreuses étapes et les abandonnent à cause de la longueur de l'attente de celles. Ils doivent se réimpliquer en situation de crise

  L'absence de connaissance des étapes du mécanisme crée une lourdeur dans le processus pour les familles, les partenaires et les CRPDI. Les différentes étapes entre la demande de services et la prestation des services sont trop éloignées pour que le parent puisse suivre le processus adéquatement
- (D) La structure de certains CLSC défavorise l'application du modèle:

  Lorsqu'un intervenant traite deux à trois dossiers par année, il ne peut pas s'approprier le modèle. Il n'est pas confortable dans l'animation et ne connaît pas la philosophie et les objectifs d'une démarche PSI

CRPDI

- (R) L'implantation du mécanisme a permis des échanges de collaboration plus formels entre chacun des CRPDI ainsi qu'entre CLSC et CRPDI et est une bonne structure pour permettre les références, connaître les besoins des clients et se concerter sur la réponse
- (D) L'ensemble du cadre de référence n'est pas approprié pour les situations simples
- (D) Le CRPDI (Sud) avait déjà un accès fonctionnel qui respectait les buts et les objectifs du mécanisme et n'était pas en contradiction avec celui-ci. Ceci explique que les CLSC n'ont pas ressenti le besoin de recourir au mécanisme implanté en 1997. De bons résultats ont été atteints avec le processus établi:

  Le CRPDI considère que le processus à suivre est trop long et exige beaucoup de temps additionnel pour faire une démarche PSI

CRDP

- (R) Lorsque les partenaires communiquent bien, les résultats sont bons et le mécanisme joue un rôle central dans l'accès et la prise de décision
- (D) Le fonctionnement du mécanisme dans les modalités expérimentées n'est pas connu de façon uniforme dans le réseau et des différences sont notées entre certains CLSC et CRPDI
- (D) Les problèmes sont reliés au manque de ressources humaines et financières des établissements, ce qui retarde l'accès aux services

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- (R) Les intervenants sociaux s'approprient doucement le mécanisme. Celui-ci a permis de les outiller pour recueillir les données sur les besoins de services des clients
- (D) Le mécanisme n'a pas été implanté officiellement dans certains CH

- (D) Quelques CH s'opposent à réaliser les activités telles que décrites dans le cadre de référence
- (D) Pour les cliniques externes de pédopsychiatrie, il n'est pas toujours évident de bien connaître les mécanismes d'accès et les services propres aux CRPDI créant ainsi des frustrations de part et d'autre
- (D) La mise en place du mécanisme ne peut malheureusement pas régler tous les problèmes d'attente pour obtenir des services en CRPDI (ex: ergothérapie et orthophonie)

CH psychiatrie

- (R) et (D) Le mécanisme est efficace en autant que les personnes sont déjà desservies par les CRPDI. La collaboration est alors conjointe dans la prestation des services

OPHQ

- (R) La définition et l'implantation du mécanisme se sont d'abord faites avec quatre CRPDI engagés dans la démarche et un cinquième plutôt réticent et soucieux de conserver son entière autonomie. Avec eux, se retrouvaient les CLSC qui comprenaient l'importance de s'impliquer dans la démarche mais qui l'ont fait avec beaucoup de retenues et d'incertitudes. Maintenant, tous les types d'établissements du réseau (CRPDI, CLSC, CRDP, CHSGS, CH psychiatrique) sont autour d'une table pour en faire un premier bilan qualitatif, puisqu'ils ont tous été interpellés et impliqués par le mécanisme
- (R) Malgré les difficultés rencontrées, la presque totalité des établissements sentent présentement l'importance et la nécessité d'un tel mécanisme; d'une part, pour répondre adéquatement aux besoins de la clientèle ayant une DI (avec ou sans déficience associée) et, d'autre part, pour augmenter l'efficience des interventions et la concertation entre les établissements concernés par cette clientèle
- (D) Les personnes et leur famille se retrouvent les moins bien informées sur les étapes du mécanisme et le passage entre les étapes. Les délais sont également trop longs entre les étapes du mécanisme et l'accès aux services pour les familles
- (D) L'expérimentation du mécanisme s'est malheureusement déroulée dans un contexte où les listes d'attente ont connu un essor important dans presque tous les types de services devant être offerts, entre autres, par les CRPDI
- (D) Des difficultés sont présentes, notamment pour des nouveaux intervenants ou ceux qui traitent très peu de dossiers en DI, en ce qui concerne la compréhension du processus à suivre, du fonctionnement et des étapes à franchir

✓ **Ajustements proposés**

CLSC

- Le mécanisme, dans son modèle actuel, doit être un mécanisme d'accès aux services et avoir la priorité sur ceux des établissements. Des moyens doivent être identifiés pour qu'il le devienne
- Dans les CLSC, une équipe spécialisée en DI doit être mise en place afin d'améliorer la réponse aux besoins de la clientèle

- Un porteur du dossier DI doit être nommé par les CH, les CRDP et autres pour permettre des échanges rapides lorsque les modalités de fonctionnement ne sont pas respectées
- Certains CLSC demandent à participer aux rencontres CLSC/CRPDI des territoires Sud et Ouest puisqu'ils transigent avec les deux CRPDI. La Régie régionale doit se pencher sur la réalité des CLSC d'être confrontés à deux modes de fonctionnement et identifier des moyens pour simplifier la tâche des intervenants
- Une sensibilisation et une formation auprès des organismes du réseau et hors réseau sur le fonctionnement du mécanisme doivent être réalisées afin de favoriser une implantation uniforme des modalités
- La Régie régionale doit continuer à offrir des sessions de sensibilisation auprès des CH
- Le développement d'une grille pour évaluer l'impact du mécanisme sur l'amélioration de la qualité des services serait apprécié

CRPDI

- Le mécanisme doit être davantage connu par les autres réseaux de services
- Les orientations du mécanisme sont à maintenir. Cela nécessite un ajustement des ressources requises

CRDP

- Une approche plus uniforme dans l'application des modalités du mécanisme ainsi que dans l'utilisation des formulaires doit être développée par les CRDP
- Une personne responsable doit être nommée par chacun des CRDP pour assurer la liaison et la coordination avec les CRPDI
- Une personne-ressource doit être désignée dans chacun des CLSC comme porteur du dossier DI
  Note : Cette liste existe déjà pour les CLSC et les CRPDI et sera acheminée annuellement en septembre à l'ensemble du réseau par la Régie régionale. Les établissements des CRDP, CHSGS et CHSP procèdent actuellement à l'identification d'un répondant (à finaliser). La liste sera révisée en conséquence. Tout changement doit être souligné à la Régie régionale pour permettre sa mise à jour
- Des rencontres de sensibilisation et de formation doivent être dispensées aux intervenants des CLSC, des CRPDI et des CRDP. Ces rencontres doivent porter sur les modalités de fonctionnement du mécanisme et les services offerts par les différents partenaires

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- Une clarification doit être apportée concernant le rôle des dispensateurs de services au niveau des tâches décrites dans le cadre de référence
- Une personne désignée doit être identifiée pour la clientèle DI par les établissements impliqués afin de régler les problèmes pouvant survenir, s'assurer de la circulation de l'information portant sur les ajustements au fonctionnement du mécanisme ainsi que sur les changements apportés dans les services par les différents partenaires. Chaque CH doit également identifier un porteur de dossier ayant une responsabilité de liaison avec les CRPDI et les CLSC

OPHQ

- Sans altérer la poursuite de l'application du mécanisme, les principes et le cheminement de départ doivent être partagés avec l'ensemble des nouveaux partenaires qui se sont ajoutés en cours de route afin d'éviter que le mécanisme ne devienne qu'une série de procédures techniques alors qu'il doit être le porteur des valeurs et des principes rattachés à la démarche d'un PSI
- Les intervenants doivent être mieux informés et formés sur les modalités de fonctionnement. Une formation continue doit être apportée à l'application du mécanisme pour contrer les nombreux changements de personnel

2. APPORT DU MÉCANISME PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS VISÉS

2.1. CLIENTÈLE (PRIMAUTÉ ET RÔLE CENTRAL DANS LA PRISE DE DÉCISION DE LA PERSONNE ET SA FAMILLE, RÉPONSE GÉNÉRALE AUX BESOINS ET À L'ACCÈS AUX SERVICES)

2.1.1. Reconnaissance de la primauté et du rôle central dans la prise de décision de la personne et sa famille

✓ **Résumé des commentaires**

Plusieurs CLSC et CRPDI

- (R) La personne et ses parents sont rencontrés par le CLSC et le CRPDI et sont impliqués, dès le départ, dans la démarche d'identification des besoins et des services requis

CLSC

- (D) et (R) Dans la démarche du PSI, des clients demeurent incertains face à leur rôle dans la prise de décision de services identifiés par le CRPDI ou son représentant. Les parents sont quelquefois mal préparés et ont de la difficulté à saisir et à laisser leur enfant adulte participer à la démarche et à la prise de décision. Cela exige que les CLSC interviennent auprès des familles les conduisant vers un cheminement appréciable
- (D) La connaissance des services offerts par les CRPDI n'est pas toujours suffisante pour la clientèle dans la prise de décision
- (D) Les situations prévisibles d'attente de services, par exemple dans les programmes socioprofessionnel ou résidentiel du CRPDI, sont rarement discutées ou planifiées avec les familles. Cela entraîne des espoirs, un stress inutile vécu par ces dernières et un non-respect de leur rôle dans la prise de décision
- (D) La primauté et la prise de décision ne sont pas évidentes dans les cas de curatelle. L'intervenant doit négocier sur les orientations de services. Le principe demeure flou dans la notion de pouvoir pour la famille et l'intervenant

CRPDI

- (R) La primauté et le rôle central de la personne et sa famille dans le processus de prise de décision et de planification des services sont des acquis depuis l'implantation du mécanisme. Cependant, l'usager, à sa demande, n'est pas toujours présent. Le principe de primauté n'est donc pas toujours applicable

CRDP

- (R) et (D) Le transfert vers un CRPDI ne s'effectue qu'avec l'accord de la personne et sa famille et seulement si le CLSC le juge nécessaire. Leur rôle central dans la prise de décision est souvent respecté
- (D) Un manque de connaissance par les clients des services existants dans le réseau ne favorise pas une réponse adéquate à leurs besoins

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- (R) La primauté et le rôle de la personne et sa famille étaient acquis et se sont renforcés depuis l'implantation du mécanisme
- (R) Certains CH, dès le départ, invitent la famille et les intervenants impliqués pour clarifier les rôles de chacun auprès de l'enfant et de sa famille et recueillir leurs perceptions concernant le problème que pose l'enfant pour sa famille et la communauté. Les recommandations sont discutées avec les personnes concernées. Lorsque requis, l'enfant est rencontré seul pour connaître son opinion face à la situation et discuter du problème

CH psychiatrie

- (D) La primauté de la personne serait mieux assurée si celle-ci recevait les services adéquats

OPHQ

- (R) Les différents types d'établissements reconnaissent dans leurs propres écrits la primauté de la clientèle en lui attribuant un rôle central dans la prise de décision de services
- (D) Dans la pratique, la personne et sa famille peuvent s'exprimer mais l'écoute n'est pas toujours présente; la décision est souvent prise en fonction des services existants
- (D) La situation est variable en ce qui concerne la primauté et le rôle central dans la prise de décision de la personne. Cela dépend de l'intervenant qui accueille la personne et sa famille, de son expérience et de son assurance à faire face à la situation lorsque les réponses aux besoins ne peuvent être comblées immédiatement

✓ **Ajustement proposé**

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- Pour l'ensemble des CH, des CLSC et des CRPDI, les parents doivent avoir le rôle primordial dans le choix des services

2.1.2. Réponse générale aux besoins pour la personne et sa famille

✓ **Résumé des commentaires**

CLSC

- (R) Les besoins de services des clients sont généralement bien évalués par les CLSC et les CRPDI
- (R) Pour quelques CLSC, un support conjoint avec le CRPDI est fourni à la famille durant l'attente de services
- (D) Dans les dernières années, les demandes de services ont doublé et parfois même triplé dans certains territoires de CLSC, de CRPDI et d'autres établissements et organismes. Ceci entraîne un retard déplorable dans l'évaluation des besoins et la prestation des services, notamment par les CLSC et les CRPDI, et cristallise des comportements inappropriés chez la personne
- (D) Le client est maintenant confronté à deux listes d'attente, soit celles du CLSC et du CRPDI. La frustration et les plaintes des familles face à l'attente ont augmenté. Celles-ci sont
  - Laissées à elles-mêmes, sans aide ni services, et sont souvent sous le choc du diagnostic.
  - Elles ne sont pas suffisamment accompagnées et supportées dans cette épreuve
  - Épuisées et font des pressions auprès des CLSC pour obtenir les services requis du CRPDI dans un délai raisonnable
- (D) Les interventions de quelques CRPDI s'effectuent malheureusement uniquement auprès des parents pour accroître leur compétence parentale. Aucune intervention n'est offerte à l'enfant
- (D) Dans certains CLSC, les clients sont rencontrés seulement par le service accueil et reçoivent les informations sur les ressources existantes, notamment leur droit à l'allocation spéciale pour les personnes handicapées. Cette information n'est malheureusement pas fournie aux parents par les CH lorsqu'ils diagnostiquent un retard global de développement chez de jeunes enfants
- (D) Certaines familles refusent les services du CRPDI par crainte de l'étiquette DI pour leur enfant

CRPDI

- (R) Les CLSC ont développé d'autres services à l'interne ou avec d'autres partenaires ou ont mis sur pied des banques de ressources pour pallier ou contrer les délais d'attente de services des CRPDI
- (R) Lorsque l'évaluation globale est effectuée à l'accès du CRPDI (Ouest), des contacts réguliers sont maintenus avec les parents pour qu'ils suivent la situation et reçoivent un support et une écoute. Ainsi, le CLSC ne supporte pas seul l'attente
- (D) Les parents ainsi que les intervenants de certains CLSC et CRPDI sont très frustrés par les délais d'attente des CRPDI
- (D) L'objectif de prévention auprès des personnes et leur famille n'a pu être atteint à cause des listes d'attente

CRDP

- (D) Les délais dans l'obtention des programmes pour l'ensemble de la clientèle sont trop longs pour les CLSC et les CH, et les services sont insuffisants

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- (D) Les délais d'attente des CLSC et des CRPDI créent beaucoup d'insatisfactions chez les parents qui sont laissés à eux-mêmes. Les intervenants des CH déplorent également cette situatiorDans certains cas, lorsque le CLSC accepte de faire la référence au CRPDI, il y a un délai d'attentpour l'évaluation des besoins et par la suite au CR, une attente pour les services
- (D) Les CLSC n'informent pas les familles des activités et des services pouvant être offerts : Certains intervenants de CLSC ne connaissent pas les ressources disponibles et ne jouent qu'un rôle administratif auprès des familles
- (D) Les CLSC offrent peu d'interventions familiales pouvant aider la famille à intégrer les handicaps de leur enfant dans son fonctionnement général
- (D) Les services offerts sont insuffisants et les services d'éducateurs en milieu familial des CRPDI ne répondent qu'en partie aux besoins des familles. Le volet favorisant le développement du potentiel des jeunes enfants est absent

OPHQ

- (D) Une grande déception est vécue par les familles devant l'absence de services. Lorsque les familles insistent pour avoir des réponses à leurs besoins, la réaction de certains intervenants va provoquer un sentiment de culpabilité chez les familles

✓ **Ajustements proposés**

CLSC

- Les délais d'attente des CRPDI doivent être raccourcis pour répondre aux besoins de la clientèle
- Les CRPDI doivent mieux expliquer les changements intervenus dans leur prestation de services afin que les CLSC puissent en informer adéquatement les parents
- La pochette comprenant les informations et les ressources, réalisée par la Corporation Espoir du déficient, doit être mise à jour et donnée aux familles dès le premier contact avec le CLSC ou le CH. Le CLSC LaSalle proposera à la Table de concertation du Sud-Ouest en DI de coordonner cette révision. Par la suite, la Régie régionale devra la transmettre aux CH concernés

CRPDI

- Les CRPDI doivent expliquer davantage aux parents et aux intervenants les changements dans les services offerts pour ajuster les demandes en conséquence

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- Les délais d'attente pour l'obtention des services en CRPDI doivent être diminués
- Des interventions de support auprès des parents, de liaison et de résolution de conflits doivent être offertes par les CLSC
- Les parents d'un enfant venant d'être diagnostiqué TED doivent rencontrer un intervenant social du CLSC afin de les aider à obtenir les différentes subventions liées à l'handicap de l'enfant

OPHQ

- La formation des intervenants doit comprendre le développement des habiletés d'écoute des besoins des personnes et de leur famille

2.1.3. Accès aux services

✓ **Résumé des commentaires**

Note : Ce chapitre traite également des **critères d'éligibilité** aux services des établissements et des organismes

CLSC

- (R) L'accès est plus uniforme et permet de mieux identifier les trous de services
- (R) Des orientations et des interventions communes intraréseaux sont recherchées pour trouver des solutions, à court terme, dans les situations urgentes ou non
- (R) et (D) Une satisfaction, une reconnaissance professionnelle et la qualité des services offerts par les CRPDI sont soulignées par plusieurs CLSC. La prise de décision de services pour les 0-5 ans est rapide dans certains CRPDI. Cependant, les services sont insuffisants et ne sont pas toujours en conformité avec les besoins des parents en raison des listes d'attente pour
  - Les 0-5 ans, l'attente est plus d'un an (le délai de mise en priorité de trois mois ne peut donc être respecté par tous les CRPDI)
  - La clientèle TED avec DI qui augmente constamment et exige des services plus particuliers, notamment en stimulation précoce
  - Un manque d'éducateurs et l'absence d'une équipe pour gérer les crises rendant l'accès aux services difficiles dans certains CRPDI
- (D) Des problèmes d'intensité (heures/service) et d'intervention sont présents dans le réseau pour les personnes TED sans DI et les enfants avec un simple retard de développement
- (D) Des problèmes sont rencontrés pour les parents allophones qui ne parlent ni français, ni anglais. Les CRPDI n'ont pas les interprètes, ni la connaissance culturelle pour dispenser et adapter les services requis. Un manque de souplesse est noté entre les établissements en terme d'échange de services
- (D) Une zone grise et un manque de concertation demeurent sur l'imputabilité intraréseau quant à l'accès aux services de 2e ligne pour les personnes ayant un diagnostic de lenteur intellectuelle, d'intelligence lente ou très légère, de mésadaptation sociale, de syndrome d'Asperger et de dysphasie. Quel réseau assume cette responsabilité puisque le CRPDI n'est pas mandaté pour desservir ces clientèles?
  - L'évaluation des besoins d'une personne DI en perte d'autonomie relève de quel réseau?
- (D) Un manque de collaboration avec les CH est vécu lors d'un double diagnostic DI/SM avec une majeure en psychiatrie (ex.: personne DI présentant des états dépressifs). Cette situation exige des services particuliers spécialisés relevant d'un CH. Ceux-ci semblent insuffisants ou inaccessibles. La clientèle est moins bien desservie et la complémentarité de services n'est pas assurée entre les réseaux

- (D) La collaboration et la concertation sont souvent absentes dans l'accès à des services complémentaires lorsque le client a un double diagnostic DP/DI
- (D) Les personnes qui présentent une DI très légère ou une lenteur intellectuelle accompagnée souvent de problèmes d'adaptation sociale ou de SM ne sont pas intéressées à recevoir des services du CRPDI. Les services devant leur être offerts demeurent incomplets. Les CLSC doivent les orienter dans un réseau qui n'a pas exclusivement une connotation DI. Le milieu communautaire ne peut répondre à l'ensemble des besoins lorsque les personnes présentent également des problèmes de SM et qu'elles n'ont pas un accès régulier à ce milieu
- (D) Pour les CJ, les CLSC reçoivent le client parce qu'il a atteint 17-18 ans et qu'il sera sans ressources à cause de son âge. La préparation, la concertation et la décision commune sur la prestation des services ne sont pas établies entre les deux réseaux
- (R) Les critères d'**éligibilité** au CRPDI sont plus clairs et normalisés
- (D) Certains diagnostics sont problématiques lors de la demande d'éligibilité au CRPDI pour les
  - 0-5 ans lorsque les médecins indiquent un retard spécifique dû à la situation du jeune ou un retard dû à son âge. Seul le retard de développement global semble éligible entraînant des difficultés d'accès au CRPDI et au programme SAF
  - Jeunes avec l'indication de traits autistiques plutôt qu'autisme
  - Dysphasiques/DI. Il y a une frontière entre ces deux problématiques. Est-elle la conséquence d'une capacité fonctionnelle ou d'une limitation?
  - Adultes de 40 ans et plus qui n'ont jamais fait de demande de services
  - Adultes ayant des problématiques multiples TED avec DI et SM
  - Personnes ethnoculturelles qui ont difficilement accès à un diagnostic lié à l'absence d'interprète dans le réseau
- (D) Les délais d'attente les plus longs en CRPDI concernent:
  - Les adultes et les adolescents. La complexité pour l'accès à des services s'accentue lorsque la personne atteint l'âge adulte
  - Les personnes présentant des situations complexes demandant des services particuliers (ex. : double diagnostic)
  - Les 21 ans après leur scolarisation et avant d'obtenir des services socioprofessionnels. Certains CLSC ont la collaboration du milieu scolaire qui offre des services additionnels à cause de la situation des CRPDI
- (D) Certains CLSC ont cessé d'acheminer les demandes de services aux CRPDI à cause des délais d'attente trop élevés
- (D) Le manque de services ou de places est soulevé
  - Au niveau résidentiel pour les CRPDI. Cette situation est dramatique
  - En garderie
  - En répit dans les organismes communautaires
- (D) Les intervenants des CLSC travaillent en situation d'urgence et sont devenus les supporteurs pour les dispensateurs de 2e et 3e ligne ainsi que pour le milieu associatif entraînant une surcharge de travail. Ils sont confrontés à se débrouiller seuls et provoquent la nécessité de gérer leurs propres listes d'attente et celles des autres
- (D) Des difficultés surviennent, notamment dans les cas d'urgence, lorsque la personne n'est pas inscrite au CRPDI. Le CLSC n'est pas en mesure de répondre adéquatement, entre autres, par son service d'hébergement temporaire qui n'est pas adapté pour cette clientèle
- (D) Les ressources de répit pour les familles ne semblent pas coordonnées nulle part. La responsabilité de l'évaluation des ressources entre les établissements, les organismes communautaires et le programme SAF n'est pas claire. Les parents sont laissés souvent à eux-mêmes dans leur recherche de places. Il est problématique que le mécanisme n'englobe pas ce type de services et n'indique pas qui doit le régir

- (D) Les coûts de répit pour les enfants avec une DI avec troubles de comportement sont exorbitants pour les familles lorsqu'elles doivent faire appel à des ressources (ex. 200 $/fin de semaine pour une famille qui n'apas de proches parents pour garder leur enfant durant le week-end)
- (D) Les causes de l'augmentation des demandes dans les territoires (Sud et Ouest) peuvent provenir du fait que deux CRPDI couvrent le même territoire de desserte et que les familles choisissent ce territoire pour avoir accès à des services plus rapidement
- (D) Les délais d'attente sont trop longs lors d'un déménagement d'un secteur de CRPDI à l'autre

CRPDI

- (D) L'augmentation des demandes est alarmante, notamment pour les 0-5 ans et les personnes présentant des TED et référées par les CH et CR (Sainte-Justine, Montréal pour enfants, Rivière-des-Prairies et Marie-Enfant). Pour les 0-5 ans, l'objectif de desservir au bout de trois mois ne peut être respecté par tous les CRPDI. L'attente dépasse deux ans et plus pour les adultes. Les préadolescents sont également nombreux en attente ce qui exige la mise en place de services additionnels particuliers dans certains CRPDI
- (D) Des zones grises demeurent au niveau des responsabilités de chacun des établissements. Certains partenaires et parents ne comprennent pas que le mandat ne soit pas confié au CRPDI pour les personnes TED avec syndrome d'Asperger, TED sans DI, cas «bordeline» avec QI autour de 75 ou ayant une lenteur intellectuelle. Cela crée des tensions importantes
- (D) Le tissu social a changé et le réseau est confronté à des problématiques nouvelles, plus complexes, exigeant des ajustements de services par les dispensateurs
- (D) Les délais les plus importants sont rencontrés dans le programmerésidentiel des CRPDI
- (D) Pour la majorité des CRPDI, le traitement des demandes et la prestation des services se font presque exclusivement dans un contexte d'urgence qui retarde les services pour d'autres personnes jugées prioritaires. Les urgences diminueraient si les services étaient dispensés plus rapidement
- (D) Les règles de fonctionnement concernant les déménagementne sont pas appliquées uniformément. Lorsque la nouvelle adresse n'est plus sur le territoire du CRPDI, c'est le CRPDI de la nouvelle adresse qui dispense les services pour le volet services externes. Dans la pratique à Montréal, ce principe est interprété et adapté de façon différente selon chaque CRPDI (ex. au socioprofessionnel, un CRPDI continue de donner les services alors qu'un autre transfère le dossier)
- (D) Les règles de fonctionnement concernant les demandes hors territoires ne sont pas suffisamment étayées

CRDP

- (R) et (D) Bien que l'accès soit amélioré, les services demeurent encore restreints ou non existants, notamment pour la clientèle 0-5 ans présentant un retard global du développement dans les CRPDI
- (D) Pour un CRDP, la majorité de la clientèle ne reçoit pas de service d'un CRPDI

  La plupart du temps, les parents refusent de faire les démarches pour recevoir des services. Ceux-ci ont de la difficulté à accepter la déficience visuelle de leurs enfants et supportent mal la réalité qu'ils présentent une DI. Ils ne veulent pas étiqueter leurs enfants et préfèrent rester avec ce CRDP même si la priorité de celui-ci est centrée sur les interventions reliées à la déficience visuelle. Les personnes ne bénéficient donc pas de services reliés à leur DI

- (D) Les services pour la clientèle anglophone présentent des lacunes pour tous les groupes d'âge. La majorité de la clientèle est référée au CROM et au Centre Miriam puisque les autres CRPDI ne semblent pas pouvoir offrir des services en anglais
- (D) Quelquefois, il y a un manque de communication entre les CRDP en déficience sensorielle lorsqu'un enfant présente une DI avec déficiences multiples et ne reçoit pas de services d'un autre CRDP pour ses autres déficiences
- (D) Lorsqu'un enfant est sous la LPJ, les intervenants d'un CRDP ont certaines craintes et laissent la DPJ intervenir auprès de cette clientèle. Ceci amène une difficulté dans la prestation puisque la DPJ n'est pas souvent familière avec les réseaux travaillant auprès de la DI, DP, déficience visuelle, déficience auditive ou multidéficience
- (R) et (D) Le mécanisme a permis un élargissement des critères d'éligibilité (ex. : retard global du développement pour les 0-5 ans). Toutefois, ceux-ci sont restreints pour la clientèle avec des traumatismes crâniens cérébraux, TGC, troubles graves d'adaptation et problèmes cognitifs. Cette clientèle tombe entre deux réseaux de services pour répondre à ses besoins d'hébergement
- (D) Les références à certains CRPDI sont difficiles à faire dans les situations d'un enfant ayant une déficience visuelle avec des retards de développement qui ne sont pas reliés à celle-ci. Les CRPDI associent les deux diagnostics et peuvent refuser le dossier
- (D) Les services de répit dans le réseau sont insuffisants et inadéquats pour une personne présentant une DP/DI
- (D) Le programme SAF est déficitaire dans les CLSC (ex: une gardienne est différente à chaque semaine)
- (D) Le CRDP, en collaboration avec les CRPDI des autres régions, dessert la clientèle DI ayant une déficience visuelle. Des difficultés sont rencontrées pour connaître les intervenants et les services en DI de ces régions :

  Le CRDP ne peut pas toujours référer sa demande en direct au CRPDI d'une autre région. Il doit passer par le CLSC pour l'ouverture du dossier. Ces difficultés sont surtout rencontrées lorsque le CRPDI n'a pas d'intervenant anglophone
- (D) Lorsqu'un enfant reçoit des services d'un CRPDI et que la famille déménage, celle-ci doit recevoir les services du CRPDI du nouveau territoire. Il est déploré que l'enfant se retrouve sans services pour une période parfois assez longue due au délai d'accès du CRPDI

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- (D) Les services des CRPDI sont connus et appréciés mais trop limités et insuffisants pour répondre aux besoins :

  Les demandes référées pour les 0–5 ans sont placées sur une liste d'attente. Entre la demande de services et la prise en charge, le délai est inacceptable et peut varier d'un CRPDI à l'autre et s'échelonner de six mois à deux ans. Cela entraîne souvent des hospitalisations reliées à ce manque de services

  Les heures/services offertes se limitent à une heure/semaine par les éducateurs
- (D) Les services ne sont pas adaptés dans le réseau pour les personnes d'origine ethnoculturelle
- (D) Un manque flagrant de coordination de l'accès aux services est noté dans le réseau et engendre des trous de services laissant les familles complètement démunies

  Des problèmes subsistent dans la prestation de services entre les CRPDI et les CRDP. Les enfants qui présentent une DI/DP sont souvent desservis par l'un ou l'autre. Le CRDP ne met l'accent que sur les problèmes d'adaptation sans faire d'interventions au niveau des apprentissages sociaux et éducatifs. Ceci amène des troubles de comportement importants chez les enfants liés au manque d'interventions éducatives auprès de ceux-ci et de leurs parents

Les CLSC ne répondent pas également aux demandes des CH et l'accessibilité aux services pour les parents n'est pas uniforme. De plus, il y a une certaine disparité dans les services offerts à l'intérieur d'un même CLSC

- (D) La concertation de services entre les CH et les CJ, lorsque les enfants sont sous la LPJ, n'est pas facile à atteindre
- (D) Plusieurs ajustements sont encore nécessaires par quelques CRPDI dans la prestation des services pour la clientèle scolaire. Les enfants reçoivent souvent des services de celui-ci; ce qui amène le CRPDI à se retirer graduellement ou à ne pas prioriser un suivi

  Ces enfants présentent des problèmes de comportements importants qui nécessitent des interventions au-delà du milieu scolaire. Les parents ont besoin de support pour mettre en place les interventions auprès de leur enfant afin d'harmoniser le milieu familial avec celui du scolaire. Ceci garantirait l'insertion sociale de l'enfant et la normalisation optimale de son fonctionnement dans la communauté
- (D) Des zones grises demeurent sur l'**éligibilité** aux services et les responsabilités dévolues aux établissements. Les CRPDI se disent non mandatés par rapport aux personnes ayant:

  Des TED sans DI ou enfant de 2-4 ans avec TED dont le diagnostic DI n'est pas clairement établi. L'enfant se retrouve pratiquement sans services

  Un double diagnostic de DI/DP

  Un simple retard de développement

  Une dysphasie ou des troubles de langage. Le réseau des CRDP ne peut répondre qu'en partie aux besoins de services pour ces personnes

  Une lenteur intellectuelle

  Un syndrome d'Asperger. Les services sont presque inexistants dans le réseau
- (D) Les CH déplorent un manque flagrant de ressources d'orthophonie, d'ergothérapie et de physiothérapie dans le réseau
- (D) Des difficultés sont rencontrées par le CH dans son mandat provincial d'obtenir la collaboration des régies régionales et des établissements des régions périphériques à Montréal lorsque les usagers ne requièrent plus les services du CH et qu'ils doivent être rapatriés dans leur région

CH psychiatrie

- (D) Les besoins de la clientèle en attente de services se retrouvent, notamment au niveau des services résidentiels, de l'intégration socioprofessionnelle et des activités thérapeutiques et sociales, dans la communauté:

  Pour les demandes résidentielles, les délais d'attente par les CRPDI sont trop longs et provoquent des hospitalisations. Aucun placement n'a été effectué depuis plusieurs années

  Pour les autres services, les délais d'attente sont d'au moins six mois
- (D) Des problèmes de concertation et d'accès aux services demeurent lors de la présence de double diagnostic SM/DI et que les personnes requièrent un hébergement de la part d'un CRPDI. Le CH Fleury, notamment, n'a pas accès dans son secteur à des ressources spécialisées pour les doubles problématiques SM/DI

OPHQ

- (D) L'accès aux services s'est détérioré pour l'ensemble des clientèles et des programmes. Lorsque l'accès est possible, c'est la quantité de services qui est diminuée
  - ↪ Les services en milieu familial sont insuffisants et se limitent à la visite d'un éducateur d'un CRPDI d'une à trois heures/semaine

- (D) Malgré des mentions particulières dans les écrits des établissements, l'accès est toujours aussi difficile pour la clientèle ayant des déficiences multiples ou des problèmes de comportement
  Dans certains territoires, entre autres,les enfants sont en attente de plus d'une année pour des services d'éducateurs à la maison
  Plusieurs parents n'ont pas accès aux services de garde et dénoncent l'absence de services de stimulation précoce en centre de jour
  Une ambiguïté demeure dans l'obtention des services entre les CRPDI et les CRDP
- (D) Depuis l'intégration du CR Marie-Enfant par le CH Sainte-Justine, l'accès aux services de répit a diminué pour la clientèle ayant des déficiences multiples
- (D) Plusieurs maisons de répit en banlieue n'accueillent plus la clientèle de l'île de Montréal puisque l'offre de services est maintenant comblée par la clientèle de leur région respective
- (D) Les budgets SAF sont nettement insuffisants pour répondre à l'ensemble des besoins des familles. Actuellement, l'évaluation et la mise en priorité ne considèrent que l'importance des incapacités des personnes et la précarité de la situation familiale. L'évaluation, en termes de pointage, ne tient pas compte des besoins de gardiennage exprimés par les familles

✓ **Ajustements proposés**

CLSC

- Des ressources financières doivent être allouées aux CLSC et aux CRPDI pour améliorer l'accès et la qualité des services
- Un accroissement du partenariat entre les établissements desservant la clientèle est souhaité pour assurer la concertation
- Afin d'améliorer l'accès, et tel qu'expérimenté dans le CRPDI du territoire Nord, les listes d'attente doivent être gérées par les chefs de service des CRPDI de concert avec les CLSC. La gestion des priorités serait faite conjointement aux trois mois
- Des mécanismes doivent être mis en place afin de faciliter l'accès à des ressources éducatives et socioprofessionnelles pour la clientèle d'expression anglaise
- Les nouvelles réalités sociales (ex.: niveau de pauvreté) exigent la révision des services offerts par tous les réseaux lors de situations d'urgence
- Le CRPDI devrait inclure dans ses critères les personnes ayant une lenteur intellectuelle, une DI très légère, TED avec syndrome d'Asperger et TED avec ou sans DI et leur dispensés des programmes spécialisés
- Des places en services résidentiels et de répit doivent être développées par les CRPDI et un effort doit être consenti pour diminuer l'attente de services des CRPDI pour les personnes dont la scolarité se termine à 21 ans et qui doivent être insérées dans le programme socioprofessionnel
- Le CRPDI doit être interpellé, lorsque la situation devient urgente, pour rendre accessibles immédiatement des services de 2 ligne
- La coordination des demandes et du suivi du répit doit être assumée par le mécanisme ou autre instance
- Les besoins des familles doivent être mieux ciblés et des réponses apportées, notamment dans le programme SAF des CLSC et celui de répit des CRPDI qui doivent être complémentaires. Une augmentation du budget doit être octroyée dans le programme SAF pour offrir un support additionnel aux familles en attente

- Le protocole interétablissement doit être clarifié concernant la procédure à suivre lors de déménagements de territoire pour la clientèle en attente dans les CRPDIlors d'un déménagement, les services doivent être assumés par l'ancien CRPDI en attendant la prise en charge par le nouveau; des budgets de transition doivent être réservés à cette fin

CRPDI

- La cause de l'augmentation des demandes pour les 0-5 ans et les TED doit être analysée
- Pour les TED, les professionnels doivent connaître les**critères** relatifs à la présence ou à l'absence de DI ou du retard global de développement. Ces éléments doivent ressortir clairement dans les évaluations
- Les CLSC doivent continuer à acheminer les demandes malgré l'attente afin que les CRPDI connaissent les besoins de services des personnes et établissent les priorités
- Les notions de «résidence légale» et de «milieu de vie habituel» doivent être mieux définies dans le cadre de référence révisé (ex: patient hospitalisé depuis plusieurs années hors du territoire du CRPDI, personne itinérante)
- Une pratique uniforme doit être développée entre les cinq CRPDI. Dans le cadre révisé, il est important de statuer plus spécifiquement sur ce point et de changer les termes de «services externes» et «placement» par l'appellation des trois grands programmes offerts (re : socioprofessionnel, soutien et résidentiel). Un CRPDI propose que tous les services soient transférés au CRPDI du nouveau territoire sans égard au volet «placement ou services externes». Le texte actuel doit être clarifié lorsque les services «externes» et de «placement» sont à la fois impliqués

CRDP

- Des budgets additionnels doivent être alloués pour développer les services nécessaires, notamment dans le réseau anglophone, pour les enfants et les jeunes adultes
- Une équipe multisectorielle intraréseau (tenant compte de la réalité anglophone et francophone) doit être mise en place pour assurer l'accès aux personnes présentant des déficiences multiples. Cela éviterait de sectoriser les besoins de la clientèle
- Les services en anglais doivent être disponibles dans l'ensemble des CRPDI
- Des places en ressources de répit doivent être développées pour la DP et double diagnostic DI/DP
- Des solutions doivent être trouvées pour éviter qu'un déménagement dans un autre territoire de CRPDI entraîne, pour une assez longue période, une perte totale de services
- La procédure de référence doit être la même pour tous les CRPDI, même ceux à l'extérieur de Montréal-Centre (ex. : Laval)

Regroupement des établissements de réadaptation en déficience physique

- Le regroupement demande des discussions intraréseaux avant d'émettre des commentaires sur la démarche concernant le bilan qualitatif sur les points suivants :
  La clientèle multihandicapée
  L'organisation de services pour les personnes avec TGC, des TED présentant à la fois une DP/DI au regard du PSI, des ressources de type familial et intermédiaires ainsi que sur les références et transferts interréseaux, etc.

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- Les services suivants doivent être intensifiés soutien éducatif à la famille, répit (CLSC/CRPDI), groupe d'intervention en stimulation précoce pour les TED et les jeunes de 6 ans et socialisation par les CRPDI. Il faut également pour les TED que:
  - Des ententes de services CH/CRPDI soient établies et que des services soient offerts durant la période d'attente au CPRDI (ex.: visite d'un psycho-éducateur à la maison). Ceci permettra de créer des liens avec les familles
  - Des programmes psycho-éducatifs soient développés pour les enfants d'âge scolaire-Teach et autres programmes pour les enfants ayant des traits autistiques. Une liaison entre les milieux de vie est prioritaire afin d'harmoniser les interventions
  - Les CLSC réfère la demande de services au CRPDI du territoire lorsque le CH a diagnostiqué un enfant avec TED
- La Régie régionale doit déterminer qui est **responsable** de fournir les services pour les personnes ayant un diagnostic de lenteur intellectuelle, syndrome d'Asperger, dysphasie ou TED sans diagnostic officiel de DI
- Lors de double diagnostic DP/DI, les services d'adaptation doivent être offerts par les CRPDI
- L'enfant diagnostiqué en pédopsychiatrie et présentant un problème spécifique doit être priorisé par les CRPDI dans la prise en charge:
  - Ceci permettrait de mettre en place les interventions nécessaires et d'éviter les hospitalisations et des problèmes plus graves pour les parents (placement et autres). L'épuisement des parents, surtout en ce qui a trait aux enfants d'âge scolaire, est un facteur prépondérant concernant les demandes de placement et de répit d'urgence
- Des services en ergothérapie, orthophonie et autres doivent être davantage offerts par les CRRD notamment lorsque les personnes ne sont pas connues des CRDP
- Des discussions sur différents services (éducateurs, orthophonistes, ergothérapeutes) doivent se tenir entre les CH, CLSC et CRPDI afin de mieux se concerter pour répondre aux besoins des familles
- La Régie régionale doit déterminer quel établissement est responsable de la prestation des services d'orthophonie, d'ergothérapie et de physiothérapie pour la clientèle DI et allouer les budgets en conséquence
- Des places en garderie doivent être augmentées
- Le CH Sainte-Justine demande que dans son mandat provincial des règles de référence et de transfert entre les régions soient établies

CH psychiatrie

- Des budgets et des ressources doivent être alloués afin d'offrir l'encadrement et l'hébergement requis en CRPDI. Des ressources sécuritaires et appropriées en DI doivent être développées pour éviter que des personnes demeurent longuement à l'urgence du CH par manque de places. Cette situation encombre les lits de courte durée
- Un adulte présentant un quotient intellectuel à la limite avec des troubles du comportement doit être considéré **éligible** au réseau de la DI
- L'orientation de services doit être faite selon la prépondérance de la problématique problème de SM versus DI
- La définition de la DI doit tenir compte des symptômes associés, tels les troubles du comportement et de l'agressivité afin de permettre l'accès à la prestation des services, notamment pour le programme résidentiel

OPHQ

- Des développements de ressources et de services doivent être alloués pour donner un sens à une démarche PSI
- Certains programmes et services offerts par les établissements doivent être révisés et ajustés constamment aux nouvelles réalités sociales, notamment
  - Les services de réadaptation pour la clientèle 0-4 ans qui ne peut ou ne fréquente pas de milieu de garde doivent offrir des services de stimulation précoce à l'enfant
  - Les services en centre de jour (temps plein) doivent être développés pour les personnes ayant des déficiences multiples ou DP trop importantes pour avoir accès aux services socioprofessionnels du CRPDI
  - Les services d'hébergement doivent permettre aisément un accès progressif pour permettre une adaptation autant pour la personne que pour sa famille
  - Les services de réadaptation physique concentrés présentement en école spéciale doivent être aussi facilement accessibles aux enfants intégrés en milieu scolaire régulier
  - L'aide aux ressources communautaires de répit doit être augmentée et un soutien financier alloué pour développer de nouvelles ressources, considérant les limites d'accès aux ressources situées en banlieue de Montréal
  - La capacité d'accueil, particulièrement pour le répit du CR Marie-Enfant, doit être révisée à la hausse pour les places de répit **spécialisées**. Des places de répit spécialisées doivent également être offertes par les autres établissements sur le territoirede l'île de Montréal (incluant les établissements pour la clientèle anglophone)
  - L'aide aux ressources communautaires offrant un service de gardiennage doit être augmentée pour tenir compte de la demande croissante des familles
  - Les budgets SAF doivent être augmentés pour tenir compte particulièrement des besoins de gardiennage, ce qui est essentiel à l'organisation des activités familiales, même lorsque les familles ne sont pas épuisées
- Les responsabilités des établissements en ce qui concerne la prestation des services pour les personnes ayant des déficiences multiplesdoivent être clarifiées
- Une décision doit être prise, à court terme, pour que les personnes victimes de la zone grise entre les CRPDI et les CRDP aient accès maintenant à des services

2.2. *CONCERTATION ET COLLABORATION MULTISECTORIELLE DANS LA DEMANDE ET LA PRESTATION AUX SERVICES*

2.2.1. Concertation entre les partenaires

✓ **Résumé des commentaires**

CLSC

- (R) La concertation est davantage implantée et la collaboration s'est grandement améliorée dans l'ensemble, notamment entre les CLSC et les CRPDI pour répondre aux besoins des clients

- (R) Le mécanisme a:
  - Favorisé un meilleur arrimage avec les CRPDI et a amélioré la concertation et l'utilisation d'une approche multidisciplinaire et/ou interdisciplinaire entre les différents partenaires
  - Créé une alliance entre les CLSC et les CRPDI dans le traitement des demandes de services. Une amélioration est ressentie dans les relations professionnelles et dans le respect mutuel entre les différents partenaires
- (R) et (D) Malgré une progression importante, l'objectif de concertation n'est pas encore complètement atteint :
  - Les règles de fonctionnement entre les réseaux ne sont pas suffisamment définies
  - La concertation varie d'un établissement à l'autre et dépend presque de l'intervenant avec lequel on fait affaire
- (D) Le projet du mécanisme, qui est de favoriser la pénétration dans les différents milieux et d'assurer leur collaboration dans la mise en place de services complémentaires pour la clientèle DI, n'est pas encore atteint et n'est pas accepté par l'ensemble du réseau
- (R) et (D) La concertation est variable avec le réseau de la pédiatrie et la pédopsychiatrie au regard du processus d'évaluation sommaire des attentes et des besoins (RR-01) et dépend de la structure de chacun des CH :
  - Lorsqu'un travailleur social ou un psychologue d'un CH est impliqué (ex. CH Sainte-Justine où la collaboration s'est améliorée), celui-ci procède à l'évaluation, achemine la référence au CRPDI et accompagne la famille dans le processus menant à la décision de services
  - Pour d'autres CH, dans la plupart des cas, le médecin réfère en ergothérapie et en physiothérapie et ne fait pas de référence au service social. Ces départements ne sont pas mandatés pour effectuer ce genre d'évaluation. Les CLSC doivent argumenter pour qu'ils remplissent les demandes de services:
    - Ces CH allèguent, entre autres, leur nondisponibilité à compléter le RR-01 et à l'acheminer directement au CRPDI, tel que prévu par le mécanisme. Les CLSC deviennent un intermédiaire entre CH/CRPDI ce qui alourdit le processus d'évaluation pour les familles, notamment quand le client est inconnu du CLSC. Beaucoup de délais sont ainsi occasionnés et les familles se sentent pénalisées
    - Les CLSC doivent de plus se procurer les documents nécessaires auprès du CH pour obtenir l'information manquante amenant un délai additionnel. Celui-ci est très long et peut s'échelonner à plus de quatre mois avant de les recevoir
    - Certains CH cessent les services et ferment le dossier dès que la référence est faite au CLSC ou au CRPDI. Les parents se retrouvent sans support dans l'attente de l'évaluation sommaire
    - Certains CLSC contournent le problème lorsque les CH ne complètent pas le formulaire RR-01 en aidant le professionnel à le compléter par téléphone
    - Quelques CH envoient leur demande de services à un CLSC avant que le diagnostic soit déterminé et retarde ainsi l'enclenchement de la référence vers le réseau approprié
- (R) Plusieurs CLSC ont évolué dans leur philosophie de services et le travail conjoint avec les partenaires a favorisé la prestation de services plus adaptés
- (R) L'imputabilité reconnue au CRPDI dans le *«Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux, 1998-2002»* améliore le service au client et permet des échanges plus rapides sur ce qui peut lui être offert, d'où une plus grande intégration des services
- (D) Le manque de coordination entre certains CLSC et CRPDI dans le traitement et le suivi de la demande est soulevé
- (D) Un CRDP cesse les services dès que la référence est faite au CLSC ou au CRPDI
- (D) Dans certains dossiers, il y a eu un manque de communication concernant des interventions majeures effectuées par le CRPDI. Celuici fait peut-être le même constat à l'égard des CLSC, d'où l'importance de mettre l'accent sur des communications régulières

- (D) Un manque de communication, de connaissance intraréseau et de collaboration provoquent des absences de services avec certains partenaires par méconnaissance du fonctionnement du mécanisme (DPJ, CH, milieu scolaire, garderies, etc.). Beaucoup d'efforts sont investis par les CLSC pour contrer ce problème:
  Pour les CH pour adultes et le milieu scolaire, certains CLSC doivent initier la démarche impliquant un acteur supplémentaire et entraînant une attente
- (D) Certains intervenants des CRPDI ne retournent pas les appels provenant des CLSC
- (D) L'implication des organismes communautaires est fragilisée puisqu'ils n'ont pas les infrastructures nécessaires pour répondre aux exigences de la concertation

CRPDI

- (R) Une volonté intraréseau est établie afin que les difficultés rencontrées par le réseau se règlent sans la présence des parents. Ceuxci n'ont pas à assumer les problèmes administratifs engendrés
- (R) Le mécanisme a permis une bonne concertation. Les milieux de services se connaissent davantage, se parlent et contribuent à un meilleur partenariat
- (R) La connaissance interpersonnelle des intervenants CLSC/CRPDI est très aidante et est un acquis fort intéressant. Les enjeux et les réalités de l'attente sont maintenant discutés ouvertement lors de PSI en présence des parents. Un partage et un respect des limites de services de chacun diminuent les irritants
- (R) La collaboration et la concertation sont bien implantées avec les CH psychiatrie-adultes
- (R) Une bonne collaboration existe entre le CH Sainte-Justine et certains CRPDI concernant l'évaluation et la prise de décision dans la prestation de services. Des discussions et un suivi CH/CRPDI permettent que l'usager soit transféré au CRPDI seulement lorsque sa situation s'est stabilisée
- (D) La notion de partenariat n'est pas partagée également. Les responsabilités ne sont pas suffisamment clarifiées
- (D) La définition portant sur la responsabilité d'évaluation sommaire des besoins n'est pas claire, ni facilement applicable. Quelques CRPDI préfèrent que l'évaluation soit complétée par le CLSC dont le mandat de suivi est à plus long terme
- (D) La collaboration estdifficile et complexe avec certains CH de pédopsychiatrie et de pédiatrie :
  Certains font les demandes au CRPDI, d'autres non. Dans les cas où ils acheminent la demande, les CH ne collaborent pas au processus d'évaluation globale du CRPDI (R92), interrompent le suivi psychosocial ou d'autres services et ferment le dossier. Il n'y a plus de répondant qui possède toutes les connaissances pour effectuer la planification des services avec la famille et le CRPDI. Ces CH ne veulent pas non plus être impliqués dans le PSI et ne se présentent pas aux rencontres
- (D) Certains CLSC refusent de faire la demande d'évaluation au CRPDI lorsque le client est connu d'un CH
- (R) La compréhension, le langage et la pratique diffèrent dans les approches cliniques du CRPDI et des CH Rivières-des-Prairies et Pinel. Pour faciliter une concertation plus rapide, ces établissements ont convenu de tenir compte de leurs évaluations et de leurs outils respectifs dans l'élaboration de leur plan de soins. Ceci élimine la répétition d'étapes similaires prévues par le mécanisme
- (R) La Régie régionale dans le «*Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux, 1998-2002*»m et l'accent sur la transformation et la réorganisation des services des CRPDI. Ceci a favorisé l'accès à de meilleurs services pour les clients

- (D) Toutefois l'imputabilité dans les services requis, reconnus au CRPDI dans le document susmentionné, n'est pas évidente à réaliser.
  Lorsque plus d'un réseau est impliqué, certains établissements pensent que les CRPDI doivent assumer la prestation de services. Ceux-ci se retrouvent seuls dès qu'ils débutent les services puisque les autres partenaires se retirent

CRDP

- (R) Le CR Marie-Enfant se coordonne avec les différents réseaux pour assurer la prestation de services
- (R) Dans presque toutes les situations, le MAB a fait l'évaluation sommaire des besoins, rempli le formulaire et l'a acheminé au CLSC ou au CRPDI
- (D) Pour un CRDP, l'approche multisectorielle ne fonctionne pas bien dans les situations suivantes :
  La communication et la concertation sont difficiles avec les CRPDI; elles diminuent ou deviennent inexistantes lorsqu'ils commencent à dispenser les services. Les deux réseaux ne travaillent pas nécessairement de concert pour assurer une continuité dans les services de réadaptation fonctionnels offerts au préalable par le CRDP. Celui-ci a d'ailleurs l'impression d'être exclu lorsqu'il pourrait continuer à contribuer dans la complémentarité des services
  Dans certains cas, pour assurer le suivi, le CRDP doit demander au CRPDI des informations et des mises à jour des clients
  Le CRDP doit initier les contacts avec les différents partenaires (CLSC, CRDP, CRPDI ou milieu scolaire) afin de participer à la démarche d'évaluation et de planification des besoins et des services de leurs usagers. Le CRDP déplore qu'il n'y ait pas de représentant du CRPDI lors du début du processus de référence. Une fois la communication établie, celle-ci est satisfaisante
  Des difficultés également sont rencontrées lorsque deux établissements du réseau des CRDP sont impliqués. Les règles ne sont pas claires concernant la coordination de la gestion des services aux usagers
  Le CRDP doit passer par un CH pour référer sa demande de service d'orthophonie à un autre CRDP. La référence ne peut se faire en direct provoquant un délai additionnel. Ceci est très prononcé dans le réseau anglophone
- (D) Pour le CR Marie-Enfant, la conférence de cas pour statuer sur l'orientation se fait sans la présence du CRPDI. Quand la majeure devient DI *«cas de déficit organique ou physique qui génère une DI»* et que les services de réadaptation physique sont terminés, ou ont atteint un point de saturation, le dossier est référé au CRPDI. Le CR ne participe pas à la rencontre PSI étant perçu par celui-ci comme un dédoublement
- (D) L'enfant est souvent suivi par un médecin de famille de quartier. Ce dernier n'est pas toujours relié à un CH et, si c'est le cas, il ne peut référer directement au CH
  Le CRDP doit alors faire la référence pour son usager ce qui est hors de son champ de pratique (ex.: un enfant recevant un service d'ophtalmologie du CH et qui a besoin d'une évaluation psychologique ou de physiothérapie)
  De plus, certains médecins atténuent les problèmes mentionnés par la famille pendant de longues années privant ainsi l'enfant de services ou ne peuvent pas évaluer adéquatement un enfant qui parle l'anglais ou qui provient d'une communauté ethnoculturelle
- (D) Les références ne sont pas claires dans les situations suivantes
  Pour les cas DPJ, lorsque le diagnostic est connu (ex.: syndrome d'alcool fœtal et de drogue, «shaken baby syndrome»), comment se fait la référence au CRPDI et au CRDP? Si le CRPDI est identifié en premier, est-ce que celui-ci réfère et invite automatiquement le CRDP dans la démarche du PSI?

- (D) Les familles dont l'enfant présente plusieurs problèmes ne reçoivent pas l'aide appropriée par les CLSC. Il semble que les enfants référés par la pédiatrie ne soient pas une priorité pour certains CLSC
- (D) La concertation demeuredifficile puisque divers partenaires ne partagent pas la même philosophie dans les approches cliniques (ex.: services de réadaptation versus répit, loisirs dans la communauté, etc.)
- (D) Une absence de règles uniformes d'accès aux CLSC est notée, particulièrement dans l'Ouest de l'île
- (D) Le rôle et la responsabilité du CRPDI et de chacun des réseaux dans la prestation de services ne sont pas suffisamment clairs
- (D) À cause des longues listes d'attente de plusieurs établissements, la coordination des services est plus difficile; les services requis ne peuvent débuter au même moment par les partenaires impliqués
- (D) Les CRPDI n'offrent pas la même gamme de services et ne sont pas uniformes rendant la complémentarité difficile dans l'accès aux services entre les réseaux

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- (R) La collaboration avec certains CLSC pour la référence aux CRPDI est satisfaisante
- (D) La concertation demeure à un état très précaire entraînant des messages contradictoires pour les parents (ex : le CLSC tient pour acquis que le CRPDI fournit le support ou vice versa). Cet état de fait amène souvent des crises qui sont très coûteuses et traumatiques pour la famille et conduit l'enfant à l'urgence provoquant une hospitalisation due à leur épuisement et à l'absence de support de la part de ces types d'établissements

  La concertation n'a pas beaucoup évolué également avec les CR en déficience motrice, visuelle et auditive
- (R) Dans les situations où le client reçoit des services d'un travailleur social d'un CH, celui-ci remplit le RR-01 et l'achemine au CRPDI. Dans d'autres cas, la travailleuse sociale établit le contact avec le CLSC ou les parents le font eux-mêmes pour que le CRPDI procède à l'étude de la demande de services
- (R) L'Hôpital Notre-Dame établit un contact avec le CRPDI afin de savoir si la demande est éligible. L'évaluation sommaire est alors effectuée par une travailleuse sociale de l'hôpital. Une visite conjointe convoquée par le CRPDI est faite au domicile des parents avec le CH pour réaliser l'évaluation globale des besoins
- (D) La collaboration avec quelques CLSC est parfois difficile. Certains refusent de faire l'évaluation des besoins, de remplir le RR-01 et de faire la référence au CRPDI, tel que prévu au mécanisme. Dans ces situations, le CH est obligé de remplir le RR-01 de façon très sommaire et de communiquer directement avec le CRPDI pour effectuer la référence des enfants afin de ne pas pénaliser les familles
- (D) Lorsque le client n'est connu qu'en ergothérapie, physiothérapie ou orthophonie, certains CH considèrent que leur mandat est d'établir seulement un diagnostic et non de faire l'évaluation des besoins. Ils réfèrent le dossier au CLSC sauf lorsque les parents font la demande pour que le CH fasse la référence directement au CRPDI. Un délai additionnel s'ajoute avant que les parents aient accès à des services
- (D) Un CH mentionne ne pas obtenir l'information sur les personnes en attente de services dans les CLSC. De plus, dans plusieurs situations, le dossier demeure en attente d'évaluation et les CLSC n'offrent que des consultations périodiques sans dispenser des interventions régulières

- (D) L'approche et la philosophie de services des CRPDI ne correspondent pas toujours aux besoins de la clientèle référée par les CH
- (D) L'offre de services des CRPDI «L'expertise à votre service, 2000» indique des services offerts non disponibles, ce qui rend la complémentarité de services intrarésseaux très difficile
- (D) Une méconnaissance des rôles et responsabilités de chaque partenaire (CH/CLSC/CRPDI) est notée rendant la concertation difficile
- (D) Les problèmes d'accès sont souvent d'ordre de communications institutionnelles

CH psychiatrie

- (R) et (D) Une bonne collaboration est soulignée, notamment lors d'un travail conjoint entre CH/CRPDI pour une personne connue. Lorsque celle-ci ne l'est pas, la collaboration est plus complexe
- (R) La concertation ne pose pas réellement de problème. Les équipes traitantes s'avèrent souples sur les accommodements pouvant faciliter l'intégration des bénéficiaires

OPHQ

- (R) Bien que l'on ne voit pas toujours concrètement les effets du mécanisme à cause des listes d'attente, on peut constater qu'il a favorisé des démarches de concertation et a, tout le moins, soulevé la nécessité de devoir envisager la concertation pour offrir une réponse adéquate aux besoins de la clientèle
- (D) Dans le cas des personnes ayant des déficiences multiples, certains CH spécialisés avec les personnes ayant une DP ne s'impliquent plus suite à la référence vers les CRPDI
- (D) Les CH et les CR offrant des services à la petite enfance se concertent peu dans leur approche clinique particulièrement pour les enfants autistes. Les parents ne peuvent pas bénéficier de services dont ils ont besoin de la part des deux établissements
- (R) Certains CH sont plus impliqués depuis l'implantation du mécanisme pour effectuer des références pour l'accès à certains services dispensés par le réseau
- (D) Le milieu médical et le réseau scolaire sont trop peu impliqués dans la démarche PSI qui favoriserait une concertation dans la prestation de services

✓ **Ajustements proposés**

Plusieurs CLSC et CRPDI

- Les liens développés avec les réseaux qui n'œuvrent pas en DI doivent être poursuivis pour assurer une meilleure complémentarité dans la prestation des services

CLSC

- Les CLSC doivent assumer la coordination de l'ensemble des services (exrépit, intervention, demande de services additionnels)

- Les CH doivent établir le diagnostic, effectuer l'évaluation des besoins et acheminer la demande de services au CRPDI selon les règles établies
- L'évaluation des besoins complétée par les CH doit être acheminée simultanément au CLSC et au CRPDI pour diminuer le temps d'attente et permettre que le CLSC offre des services complémentaires en attendant les services réguliers du CRPDI
- Des orientations quant aux rôles et responsabilités de chacun des partenaires doivent être clairement définies pour assurer un continuum de services en DI, entre autres
  - Un arrimage est nécessaire entre les CLSC, les CRPDI et les milieux scolaires pour assurer un programme socioprofessionnel de transition/école
  - Le rôle des établissements psychiatriques dans le mécanisme mérite des clarifications
- La Régie régionaledoit établir une politique claire sur les responsabilités de chacun dans le processus d'évaluation des besoins et d'orientation des services
- Les organismes communautaires doivent être davantage impliqués dans cette concertation. On doit accentuer, dès le départ, leur participation active

CRPDI

- L'approche réseau et le partenariat communautaire doivent être accentués
- L'implication du CRPDI doit, dès le départ, être demandée par le CH ou un CRDP lorsque le client est diagnostiqué comme DI ou avec un retard global du développement
- Les CLSC et autres établissements concernés doivent mieux connaître l'offre de services des CRPDI de Montréal intitulée *«L'expertise à votre service 2000»* pour assurer la concertation entre les acteurs

CRDP

- La communication et la concertation entre tous les partenaires sont primordiales et doivent être assurées pour répondre aux besoins de services multiples et complexes pour la clientèle DI
- Tous les partenaires doivent être présents dès le début de la demande de services pour assurer une complémentarité dans la prestation de services
  - Le CRPDI doit être impliqué dès que le diagnostic est posé
  - La personne doit recevoir des services du CRPDI, simultanément à ceux du CRDP, pour que l'enfant et la famille s'identifient au réseau de la DI
- L'approche clinique et l'expertise développées en DP et en DI sont très différentes. Un travail conjoint doit se faire pour assurer les services requis à l'enfant et sa famille
- Les différents services offerts à la clientèle DI par les établissements du réseau doivent être standardisés. Les CRPDI doivent offrir des services uniformes
- Lors de la prise en charge d'un usager par le CRPDI, un travail conjoint doit être réalisé afin d'assurer la contribution du CRDP dans la prestation des services ainsi que dans son suivi
- Le CRPDI doit aviser le référent lors de la prise en charge du client

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- Les parents doivent être bien informés du rôle des différents intervenants impliqués lors d'une démarche de demande de services CH/CLSC/CRPDI
- La concertation doit se faire conjointement avec l'ensemble des partenaires pour assurer l'accès et une prestation de services adéquate

- Certains CH proposent que l'évaluation des besoins et la référence soient faitesimultanément au CLSC et au CRPDI par le CH. Ceci assurerait les services complémentaires des CLSC (ex. : programme SAF, répit, activités de stimulation, etc.) et diminuerait le délai d'attente d'éligibilité au CRPDI
- Un CH souhaite que la référence des enfants se fasse directement au CRPDI du territoire et avoir la possibilité d'un échange verbal pour le transfert d'informations. En même temps, l'enfant et sa famille seront aussi référés au CLSC pour obtenir des services complémentaires (soutien à la famille, répit, activités de stimulation, etc.). Si les besoins sont identifiés par le CH, le CLSC doit y répondre d'emblée. Le CLSC doit informer les familles des services qu'ils peuvent recevoir dans une telle situation
- Une souplesse est souhaitée de la part des CLSC permettant que les parents soient reçus directement par eux sans qu'ils aient à faire des démarches lorsque le CH fait une référence de services au CLSC. Celui-ci devrait considérer cette demande et envoyer une lettre d'information aux parents sur les ressources disponibles dans le milieu
- Une concertation doit être établie entre l'ensemble des CLSC afin d'offrir des services uniformes et équitables
- L'offre de services des CRPDI «L'expertise *à votre service 2000*» doit être uniformisée pour l'ensemble des CRPDI, notamment en ce qui concerne la réadaptation, l'orthophonie et l'ergothérapie. Ceux-ci doivent également réviser leur modèle de prestation de services afin de réduire l'impact de l'attente
- La communication doit être améliorée entre les CH, les CLSC et les CRPDI afin que les référents (professionnels des CH) soient mieux informés des programmes et des services existants dans les CLSC et les CRPDI ainsi que des changements dans les services offerts par ces derniers
- Un souci d'efficacité et de rentabilisation des services doit davantage être présent afin d'amener une meilleure utilisation des services entre les différents dispensateurs et ce, dans un esprit de partenariat
- La responsabilité des établissements quant à la demande de services et à l'évaluation des besoins des personnes pour recevoir des services des CRPDI doit être clarifiée. La Régie régionale doit préciser les mandats de chacun selon les situations
- Des rencontres et des collaborations doivent être mises en place de façon régulière entre les différents partenaires et la famille. Des rencontres trimestrielles au CLSC devraient être prévues pour revoir les interventions et leur pertinence
- Un lieu de concertation impliquant les différents partenaires doit être prévu
- L'information doit être transmise d'une façon régulière et constante entre les établissements lorsque l'enfant est pris en charge par le CRPDI

CH psychiatrie

- Un meilleur arrimage entre les différents partenaires est souhaité

2.2.2. Expériences de concertation

✓ **Résumé des commentaires**

CLSC

- (R) Les tables de concertation en DI dans chacun des territoires de CRPDI ont grandement favorisé la connaissance des différents milieux
- (R) La création d'une table d'intervenants CLSC/CRPDI dans le territoire Est a grandement facilité la communication. Les intervenants saisissent mieux les enjeux et la transformation des services maintenant offerts par le CRPDI. À ces rencontres, les représentants du CRPDI expriment la vraie réalité et n'ont pas l'attitude d'administrateurs hiérarchiques qui veulent camoufler les enjeux ou les problèmes d'accès
- (R) Un sous-comité de la table de concertation en DI du territoire Centre s'est formé avec un représentant du Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw, du milieu scolaire et du CLSC pour discuter des failles dans le système et des moyens d'y remédier *«L'entente concernant un processus conjoint d'accès et de planification des services»* entre les CJM et le CR Gabrielle Major est à l'étude pour application dans les territoires Centre et Nord
- (R) Une table de concertation CH/CLSC dans le territoire Sud a été mise en place et a permis de créer des liens. Cette connaissance mutuelle clarifie les rôles de chacun et entraîne une complémentarité dans la réponse aux besoins
- (R) La réorganisation territoriale d'un CRPDI (Nord) a permis des échanges immédiats afique :
  - Les parents comprennent et suivent mieux leurs demandes de services
  - Le CLSC ait accès rapidement à une information concernant les critères, le suivi et la mise en priorité des demandes et les services pouvant ou non être offerts par les partenaires
  - Les projets conjoints de collaboration et de support CRPDI, CLSC et organismes communautaires soient facilités
- (D) Pour certains CLSC, le consortium de services TGC a été difficile à impliquer même si son mandat était clair:
  - Difficultés à obtenir le paiement pour des spécialistes dans des situations complexes
  - Des conférences téléphoniques avaient lieu sans la présence du CLSC impliqué dans le traitement de la demande. Celui-ci recevait sur papier seulement le diagnostic final sans les orientations de services concrètes permettant la concertation des milieux

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- (R) Les problèmes posés par la clientèle DI sont discutés aux tables de concertation jeunesse et aux réunions traitant du Projet jeunesse montréalais

2.3. *MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DU MÉCANISME*

2.3.1. Porte d'entrée (nouvelles demandes de services et personnes desservies)

✓ **Résumé des commentaires**

CLSC

- (R) La connaissance est plus répandue et le principe que le CLSC soit la porte d'entrée est respecté. Cela simplifie l'accès aux services pour les familles
- (R) L'uniformisation dans le cheminement et le traitement de la demande est acquis pour les nouvelles demandes de services
- (D) Le partage de responsabilités demeure ambigu entre la 1re et la 2e ligne lorsque les CH ou les CRDP sont impliqués
- (D) Lors d'ajout de services pour les usagers déjà desservis par le CRPDI, il n'est pas clair si c'est le CLSC ou l'éducateur du CRPDI qui fait la demande de services
- (D) La porte d'entrée confiée au CLSC crée un intermédiaire additionnel pour le client lorsqu'une demande de services doit être adressée au CRPDI

CRPDI

- (R) et (D) La porte d'entrée est bien respectée sauf avec les CH et le milieu scolaire
- (D) Des problèmes surgissent lorsqu'un usager hors territoire fait une demande de services et ne passe pas par un CLSC. La porte d'entrée n'est pas respectée et le dossier n'a aucun référent. Le processus d'évaluation sommaire doit être assumé par le CRPDI
- (D) Le mécanisme a mis une distance entre le CRPDI et les clients en demande de services. Le CRPDI a moins de contact direct et le client est devenu celui du CLSC

CRDP

- (R) La porte d'entrée est le CLSC
- (D) La règle indiquant que l'établissement offrant le plus de services doit faire la demande au CRPDI n'est pas toujours appliquée

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- (R) La clientèle est référée au CH soit par un médecin généraliste, le milieu scolaire, les CLSC et les CR. Dans la plupart des situations, la famille a déjà initié un contact avec le CLSC de son territoire
- (R) Les parents d'un enfant venant d'être diagnostiqué TED ou autiste sont généralement référés au CLSC de leur territoire
- (D) Le CH, par son rôle dans l'établissement du diagnostic, devient parfois la porte d'entrée et amène de la confusion chez les parents
- (D) Le partage entre la 1re, 2e et 3e ligne demeure ambigu

OPHQ

- (R) La notion de porte d'entrée vers des ressources bien identifiées facilite la référence de la clientèle qui pourrait bénéficier d'un PSI

✓ **Ajustements proposés**

CLSC

- Les limites de la porte d'entrée CLSC doivent être définies, notamment en fonction des services alternatifs développés par ce réseau qui dépassent ceux habituellement offerts. Ce procédé ne favorise pas la prise en charge permanente par les services de 2ligne
- Une clarification est nécessaire concernant l'établissement responsable de faire la demande lors d'un ajout de services lorsque le client est déjà desservi par le CRPDI (ex le client du CPRDI qui est desservi exclusivement dans le programme socioprofessionnel et qui a besoin de services d'hébergement)
- Le référent doit être celui qui est le plus impliqué auprès de la famille et qui peut identifier la nature des services à ajouter

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- Le CH de Montréal pour enfants indique que le CLSC doit être la porte d'entrée de par son rôle auprès du milieu familial
- Pour le CH Sainte-Justine, la référence au CLSC et au CRPDI doit être la responsabilité du CH pour les nouvelles demandes sans alourdir les activités de référence et d'évaluation

2.3.2. Critères pour la clientèle (personne nécessitant l'intervention de plus d'un établissement et/ou organisme et réputée disponible à recevoir des services, définition et diagnostic DI)

✓ **Résumé des commentaires**

Plusieurs CLSC et CRPDI

- (R) La notion d'une personne nécessitant une **intervention de plus** d'un établissemennt ou organisme est bien intégrée

CLSC

- (R) et (D) La notion de **personne réputée disponible** est respectée et a amené l'épuration des listes d'attente des CRPDI. Celles-ci sont plus réelles et équitables
- (R) La **définition DI** est claire et normalisée
- (D) Un problème est rencontré lorsqu'il y a absence ou imprécision sur le **diagnostic** permettant l'éligibilité de la demande au CRPDI. Lorsque le CRPDI n'effectue pas d'évaluation psychométrique, des frais privés sont encourus. Les CLSC, et souvent les parents, n'ont pas les moyens financiers pour les assumer. Les clients demeurent sans services
- (D) Des évaluations sont réalisées par d'autres réseaux mais ne rencontrent pas les balises reliées à la définition DI permettant l'éligibilité au CRPDI
- (D) Des problèmes dans l'obtention du diagnostic et de **l'évaluation psychométrique** sont existants dans les cas de :
  - Double diagnostic SM/ DI; quels sont les critères qui délimitent si la majeure est SM ou DI?
  - TGC
  - Intelligence près des limites de la DI
  - TED sans DI ou lorsque la déficience n'est pas démontrée clairement
  - Borderline
  - Asperger
- (D) Une évaluation psychologique semble exigée pour avoir des services spécialisés en milieu scolaire. Quel réseau est imputable d'obtenir cette évaluation? De plus, certaines commissions scolaires ne fournissent plus de diagnostic pour les 12 ans et plus afin de ne pas les étiqueter

CRPDI

- (R) La notion de **personne réputée disponible** est mieux connue et respectée
- (D) Toutefois, elle occasionne des problèmes pour le CRPDI (Nord). Il est difficile de refuser les demandes lorsque les personnes ne sont pas disponibles. Cela crée des tensions avec les intervenants. Le fait de les inscrire, tel que prévu dans le SICDI, n'est pas suffisant étant donné les délais d'attente, entre autres, pour les services résidentiels et d'aide éducative. La réalité de besoins de services a souvent évolué
- (D) Le problème persiste quant à l'obtention ou l'imprécision du **diagnostic** ou d'une **évaluation psychométrique** pour les :
  - Adultes non scolarisés
  - Personnes ayant quitté l'école il y a plusieurs les années et n'ayant jamais été desservies par un CRPDI
  - Personnes présentant des problèmes de SM
  - TED lorsque la notion de DI n'est pas évidente à démontrer. La frontière est floue dans la prestation de services avec les CH surtout lorsque la personne n'a pas de DI. Quel réseau est responsable de les desservir?
- (D) Lorsque le retard global de développement est confirmé, y aurait-il lieu d'explorer plus en profondeur des modalités lorsqu'un diagnostic vient par la suite confirmer l'absence de DI à l'âge scolaire?
- (R) et (D) Les CRPDI doivent assez souvent effectuer les évaluations psychométriques entraînant des délais additionnels et des coûts financiers importants

CRDP

- (R) et (D) Lorsqu'un **diagnostic** indique un retard significatif avec un délai insuffisant, celuici n'est pas éligible au réseau des CPRDI. Le CLSC se retrouve en charge du client retardant le début de la prestation de services du CRPDI
- (D) Pour un CRDP, des difficultés d'accès aux **évaluations psychologiques** demeurent dans les cas où l'enfant est anglophone, non connu d'un CRPDI, sans diagnostic établi et lorsqu'il est suivi par un CH francophone. Par manque de structure, ces cas doivent être gérés individuellement. Des ententes sont faites mais la procédure est longue (jusqu'à un an) avant d'obtenir une évaluation
  S'il y a changement d'intervenant ou que le diagnostic est établi trop tard, le processus est à recommencer lorsque l'enfant se retrouve dans un autre groupe d'âge

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- (R) Lorsque le **diagnostic** DI est établi, les clients sont desservis par les CRPDI
- (D) Le CH Sainte-Justine indique le manque d'uniformité d'accès à une **évaluation psychométrique** des CRPDI

CH psychiatrie

- (D) La **définition** de la DI est peu adaptée au contexte d'un adulte en CH
- (D) Un adulte présentant des troubles de comportement avec un **diagnostic** DI semble avoir moins de chance d'obtenir des services. Le CH veut en connaître la raison

OPHQ

- (D) Plusieurs enfants subissent un accès aux services retardé faute de **diagnostic**

✓ **Ajustements proposés**

CLSC

- Des ententes avec le milieu scolaire devraient être établies pour que le **diagnostic** dépasse la terminologie de troubles d'apprentissage
- Un budget régional doit être disponible pour obtenir un diagnostic par une ressource privée à défaut d'un établissement du réseau ou si des frais privés sont encourus pour réduire l'attente
- Le CRPDI doit être responsable de l'**évaluation** diagnostique lorsqu'il y a un doute au niveau de l'éligibilité pour faciliter la démarche du client, réduire les délais et les problèmes d'accès aux services
- La Régie régionale dans son «Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux, Défi de l'accès, 1998-2002» doit réserver une enveloppe budgétaire pour permettre d'effectuer les évaluations manquantes en attendant que les CRPDI puissent assumer cette responsabilité pour l'ensemble de la clientèle

CRPDI

- Dans la prochaine étape d'implantation du mécanisme, la Régie régionale doit apporter des solutions pour régler les dossiers sans diagnostic et sans évaluation psychométrique, entre autres, pour les personnes ayant des problèmes de SM
- Le CRPDI doit réaliser ou avoir les moyens pour effectuer les **évaluations psychométriques**, et autres, lorsqu'elles ne sont pas disponibles au CLSC
- Un budget doit être alloué par la Régie régionale ou une équipe de psychologues doit être développée par les CLSC, les CRPDI ou à la Régie régionale pour réaliser les évaluations manquantes

CRDP

- Lorsque requis, le MAB demande que l'**évaluation psychologique** se fasse en anglais. L'enfant doit être évalué par un CH anglophone qui ne lui dispense pas de services

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- L'évaluation psychologique doit être effectuée par les CRPDI

OPHQ

- L'accès à une évaluation rapide doit être assuré afin de déterminer un **diagnostic**, et ce dans chacun des territoires de CRPDI

2.3.3. Accueil, évaluations sommaire et globale, collaboration entre le passage des étapes d'évaluations et formulaires utilisés

✓ **Résumé des commentaires**

Note : Les commentaires émis dans cette partie sont complémentaires à ceux traités au point 2.2.1 *«Concertation entre les partenaires»*

CLSC

- (R) Les intervenants sont bien formés pour **accueillir** les personnes en CLSC
- (R) Les activités reliées à l'accueil et à l'**évaluation sommaire** fonctionnent bien et ont permis de simplifier, de standardiser, de consolider la pratique et de clarifier les services disponibles
- (R) La concertation s'est améliorée entre CLSC/CRPDI pour réaliser le processus des **évaluations** sommaire et **globale**

- (R) L'évaluation globale facilite l'élaboration du PSI
- (D) Peu de gains ont été réalisés afin de réduire le temps d'évaluation du dossier et de l'attente de services post-évaluation par le CRPDI. Ces délais sont trop longs, ce qui entraîne qu'au moment du début de la prestation des services la situation n'est plus celle dépeinte et amène une révision
- (D) Le CLSC doit expliquer à la famille qu'il y a une duplication entre leur évaluation et l'évaluation globale du CRPDI. Les mêmes questions sont posées. Le contact direct se perd avec la famille suite à l'envoi de la demande de services au CRPDI
- (R) Lorsque les résultats des rapports au dossier sont difficiles à comprendre ou imprécis, certains CLSC envoient un dossier non nominatif au CRPDI pour avoir un avis sur l'éligibilité. Cette pratique sauve du temps dans l'orientation des demandes
- (R) Les **formulaires** sont adéquats et fournissent d'excellents outils permettant de
  - Faciliter le processus d'évaluation au CLSC
  - Indiquer les services requis dès la demande d'accès
  - Établir la coordination des services
  - Les utiliser à d'autres fins à l'interne
- (R) Le formulaire RR-01 est implanté et utilisé uniformément dans les CLSC
- (R) Dans certains CLSC, un «coaching» est donné aux nouveaux intervenants pour qu'ils puissent se familiariser et utiliser les formulaires
- (D) Le formulaire RR-01 comporte des répétitions. Certains CLSC doivent compléter également le formulaire multiclientèle, ce qui alourdit la tâche
- (D) Le CRPDI n'envoie pas systématiquement au CLSC le formulaire RR-02. Ceci amène des problèmes pour le suivi auprès de la famille et de coordination entre les établissements pour l'accès aux services

CRPDI

- (R) et (D) Le processus **d'évaluation globale** permet une meilleure connaissance des besoins et l'établissement d'un lien significatif avec les familles :
  - Toutefois, il y a redondance pour les parents avec l'évaluation effectuée par le CLSC ou autre. Ceux-ci sont surpris de la rencontre avec le CRPDI et ne semblent pas préparés, ni comprendre le déroulement du processus suite à l'évaluation sommaire complétée par le CLSC
- (R) Le rapport d'orientation préliminaire élaboré et utilisé par le CRPDI (Sud) évalue généralement les mêmes secteurs d'activités que le RR02
- (D) Dans un CRPDI (Centre), le RR-02 se fait la plupart du temps lorsqu'un service est disponible ou lors de situations complexes. Dans la situation où le RR02 est effectué dès la demande de services, les contacts ne sont pas rétablis avec le client avant le premier service disponible (période variant de 5mois à 5 ans). Cette façon de faire devient paradoxale puisque l'évaluation des services doit être révisée à cause du délai
- (D) Les familles considèrent que les démarches d'évaluation sont trop longues et ne répondent pas à leurs besoins de services
- (D) Les parents ne reçoivent pas de copie du RR02 et c'est une lacune
- (R) Les **formulaires** sont harmonisés, bien utilisés et servent de guide
- (R) L'implantation du formulaire RR-01 est un acquis pour les CLSC, les CH et les CRPDI

CRDP

- (R) Le **formulaire** RR-01 est, soit :
  - Très utile, offre un bon résumé des services requis et indique quel établissement doit les dispenser
  - Incomplet dans les situations où le CLSC l'utilise pour établir le PSI
  - Répétitif et long à compléter à cause des informations à recueillir dans le dossier
- (D) Les sections du RR-01 ne sont pas toutes remplies. Des rapports complémentaires sont joints à la demande au CRPDI qui accepte ce procédé

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- (D) Lorsque le client est très connu du CH, il y a une duplication dans les **évaluations** entre l'hôpital et le CRPDI
- (R) Le **formulaire** uniformisé pour la demande de services (RR-01) dans les cinq CRPDI a facilité la tâche des intervenants et est simple d'utilisation
- (R) Les formulaires permettent de synthétiser les informations
- (D) Le CH Sainte-Justine ne souhaite pas remplir le RR01. La référence d'un enfant est habituellement accompagnée d'un rapport d'évaluation multidisciplinaire du développement. L'information psychosociale requise dans ce formulaire n'est pas toujours disponible. Le CH de Montréal pour enfants ne remplit pas non plus le RR01. Le formulaire de référence interétablissement est utilisé et accompagné d'un résumé de dossier incluant l'histoire médicale et le profil de développement du jeune. De plus, l'information psychosociale requise dans ce formulaire n'est pas toujours disponible dans ces deux CH par manque d'effectifs en travail social
- (D) Le RR-01 comporte des répétitions d'information déjà incluse dans le résumé du dossier du CH. La quantité de renseignements demandés est excessive. Le CH joint déjà une copie du dossier médical et paramédical amenant un dédoublement d'informations
- (D) Les formulaires ont été développés sans la participation des CH

CH psychiatrie

- (D) Le délai d'attente est très long de la part du CRPDI entre l'acceptation de la demande de services et l'**évaluation** du client. L'Hôpital Jean-Talon doit communiquer avec ce dernier s'il veut obtenir des informations quant au suivi du dossier
- (R) Les **formulaires** sont jugés satisfaisants

OPHQ

- (D) Des ambiguïtés demeurent quant à la compréhension de l'évaluation globale (les références pour l'évaluation globale, les évaluations et le bilan des évaluations)
- (D) Une interrogation est soulevée sur le dédoublement des questions et lorsque d'autres formulaires doivent aussi être complétés par les CLSC, les CRPDI, les CH ou les CRDP et où le même genre de questions revient
- (D) La présence de deux étapes et de deux formulaires pour en venir à compléter l'évaluation globale constitue une lourdeur pour les personnes et leur famille ainsi que pour les intervenants impliqués
- (D) Le fait de ne pas connaître les outils utilisés par le CRPDI (Sud), tant pour l'évaluation globale que pour le PSI, limite la possibilité de bien informer et conseiller la clientèle adéquatement

✓ **Ajustements proposés**

CLSC

- Les parents doivent être bien informés du processus d'évaluation. À cause des délais entre les étapes, les besoins ont souvent évolué et demandent une réévaluation
- Plusieurs CLSC privilégient, soit:
  - D'éliminer l'évaluation sommaire et de la remplacer par une évaluation globale conjointe CRPDI/CLSC. Cela réduirait simultanément les déplacements et le dédoublement pour les usagers
  - Des rencontres conjointes avec le client afin de présenter les services disponibles ou les délais d'attente et d'éviter de répéter les mêmes informations dans la seconde étape d'évaluation du CRPDI. Ceci éviterait la bureaucratie et personnaliserait les échanges dès le début du processus et permettrait de statuer précocement sur les demandes non recevables afin d'éviter une attente stérile au client
- Si le CLSC n'est pas présent, il doit recevoir une copie du RR02 même s'il n'y a pas de PSI. Ceci favoriserait une connaissance commune des résultats concernant l'évaluation et les orientations de services tant pour les parents que pour le CLSC
- Le formulaire RR-01 doit indiquer:
  - Des informations autres que factuelles pouvant permettre au CRPDI de compléter plus facilement l'évaluation globale
  - L'organisme du réseau qui offre le service,CLSC ou CRPDI
- Des notes complémentaires doivent être jointes à l'évaluation sommaire afin de mieux discriminer les besoins de services

CRPDI

- Un rapprochement est souhaité avec le CLSC dès l'initiation de la demande de services. Les étapes du processus d'évaluation CLSC/CRPDI ou autre établissement doivent être jumelées
- Les formulaires doivent être encore simplifiés
- Un seul formulaire doit identifier les besoins, les services et les dispensateurs

CRDP

- Le plan d'intervention réalisé par le CR doit être joint au formulaire RR01 pour tenir compte des évaluations et des orientations de services déjà prises
- Les évaluations requises pour la référence d'un enfant à un CRPDI doivent être clarifiées (pédiatrie, physiothérapie, ergothérapie, psychologie, etc.)

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- Les responsabilités dévolues aux établissements en matière d'évaluation des besoins de la clientèle (RR-01) doivent être révisées par la Régie régionale. Celle-ci doit tenir compte de l'organisation des services de chacun des hôpitaux
- Le CH doit être informé, comme le CLSC, des résultats de l'évaluation globale lorsqu'il continue à offrir des services

- Les évaluations doivent être faites conjointement avec le CRPDI et le CH Rivière-des-Prairies. Des ententes doivent être développées à ce sujet
- Les évaluations effectuées par un CH doivent être utilisées pour éviter les duplications aux parents
- Les délais de prise en charge par les CRPDI obligent des réévaluations. Il faut identifier des moyens pour diminuer le nombre d'évaluations pour les parents
- En ce qui concerne la collaboration avec le CRPDI ou le CLSC, le CH est disponible pour des échanges téléphoniques, au besoin (clarifier l'information transmise, etc.)
- Les CH demandent que le formulaire de référence interétablissement de la Régie régionale soit utilisé et qu'une annexe soit élaborée pour la DI pour tenir compte des éléments manquants au RR-01. Ce formulaire serait accompagné des résumés de dossiers pertinents à la demande et remplacerait le RR-01. Les CRPDI doivent accepter ce fonctionnement
- Lors d'informations manquantes au formulaire, le CLSC doit assumer la responsabilité de compléter le dossier
- Les formulaires doivent être perçus comme des outils en évolution et adaptés ou révisés selon les situations. Le formulaire ne remplace pas la cueillette d'information et le contact avec la personne et sa famille. Ils doivent être révisés pour alléger sa complétion
- Les documents requis doivent être précisés concernant la référence des enfants afin que les CH envoient les rapports pertinents et évitent aux CRPDI les délais des archives

CH psychiatrie

- Un mécanisme de transmission de l'information doit être prévu pour éviter que les évaluations des personnes se doublent

OPHQ

- Des outils d'information sur le processus d'évaluation pour la clientèle doivent être créés
- Les formulaires doivent être révisés pour éviter le dédoublement. Il faut envisager l'opportunité d'en avoir qu'un seul pour les situations moins complexes
- Les CLSC doivent être impliqués dans l'évaluation globale et particulièrement lorsque les services d'un CRPDI ne sont pas nécessaires

2.3.4. Orientation de la demande vers une démarche PSI (qui fait quoi et comment) et délais entre les évaluations effectuées et la rencontre sur l'élaboration du PSI (60 jours ouvrables)

✓ **Résumé des commentaires**

CLSC et CRPDI

- (R) Des rencontres tenues à l'extérieur du CLSC (ex: écoles) ont été réalisées afin de s'assurer de la participation des intervenants autres que ceux des CLSC et des CRPDI pour déterminer l'orientation

- (D) La demande d'orientation au CRPDI pour une démarche PSI est inégale d'un CLSC à l'autre. Dans certains cas les CRPDI prennent le relais du CLSC. La responsabilité interétablissement n'est pas claire dans la décision d'enclencher la démarche. Selon l'intervenant impliqué du CRPDI, les indications peuvent être différentes concernant la pertinence ou non d'effectuer une démarche PSI
- (R) Les **délais** entre les évaluations sont assez bien respectés. Il est important que cette balise demeure

CLSC

- (R) Le modèle est satisfaisant quant à l'**orientation** de la démarche vers le PSI (qui fait quoi et comment). Dans les cas complexes, cela s'avère aidant lorsque les situations ne sont pas claires pour les intervenants
- (D) Le critère que deux établissements soient impliqués pour enclencher une démarche PSI n'est pas suffisant et ne tient pas compte du jugement professionnel d'un intervenant quant à la nécessité de convoquer un PSI
- (D) L'organisme pivot pouvant déclencher une démarche PSI n'est pas bien défini
- (R) La lettre jointe au formulaire RR01 indique si un PSI est recommandé pour la personne. Quelques-uns en ont fait la demande bien que la majorité croie que la clarification peut être faite verbalement
- (D) Les **délais** dans le processus ne sont pas respectés et trop longs, entre autres pour les adultes
- (D) Un délai d'attente d'évaluation est vécu dans certains CLSC dû au grand nombre de nouvelles demandes sur le territoire

CRPDI

- (R) L'**orientation** de la demande vers une démarche PSI est souvent déterminée par l'intervenant du CLSC qui possède la meilleure connaissance de la situation de la personne ou de sa famille et qui est impliqué avant le CRPDI. Celui-ci ne procède qu'à une démarche PSI si l'établissement le signifie dans sa demande selon la lettre jointe au formulaire RR01
- (D) Dans certains CRPDI, les **délais** pour la clientèle adulte ne sont pas respectés

CRDP

- (D) Le CLSC devient le maître d'œuvre sur l'**orientation** de la demande vers un PSI dû aux listes d'attente trop longues des CRPDI et aucune référence n'est acheminée au CRPDI concerné. L'usager est ainsi assuré de recevoir au moins des services de 1re ligne.
- (D) Des difficultés se produisent lorsque deux établissements du réseau des CRDP sont impliqués. La responsabilité n'est pas claire à savoir lequel enclenche la démarche du PSI et assure le suivi

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- (D) Les **délais** entre les évaluations ne sont pas respectés

✓ **Ajustements proposés**

CLSC

- Des critères plus précis doivent être élaborés par la Régie régionale afin de clarifier la nécessité ou non de la **mise en place du PSI**
- Le critère que deux établissements soient impliqués pour enclencher une démarche PSI doit être révisé. Le CLSC ou le CRPDI doit avoir la liberté de convoquer un PSI lorsqu'un intervenant le juge à propos
- La demande de PSI doit se faire au moment d'effectuer l'évaluation sommaire ou en cours de route
- La réduction des **délais** entre les étapes est primordiale et le CRPDI doit faire connaître aux intervenants les délais et l'absence des services requis

CRPDI

- Lorsqu'un des partenaires présents lors de l'évaluation (famille, usager, CLSC ou CRPDI) considère l'importance d'une démarche PSI, celleci doit avoir lieu
- Le **délai** doit être raccourci entre les étapes

CRDP

- La demande d'une **démarche PSI** doit être déposée dès le départ au CRPDI et au CLSC afin d'assurer que les enfants et les familles s'adaptent au réseau de la DI
- Des règles doivent être établies quant à la responsabilité d'enclencher une démarche PSI lorsque deux CRDP sont impliqués dans la prestation de services

2.3.5. Activités techniques concernant la démarche du PSI (animation, rencontres PSI, rédaction des PSI, mise en priorité des demandes, suivi et révision du PSI, utilisation des mesures alternatives)

✓ **Résumé des commentaires**

Plusieurs CLSC et CRPDI

- (R) Une philosophie commune concernant la **démarche PSI** est acquise
- (R) L'**animation** des PSI est confiée au CRPDI dans les ajouts de services. Toutefois, certains intervenants CLSC animent ou coaniment avec le CRPDI dans les nouvelles demandes
- (D) La participation des CH a été presque inexistante
- (D) L'étape de **rédaction** du **PSI** et l'actualisation des services requis sont trop longs

- (R) Le système de **mise en priorité** est maintenant uniforme dans les CRPDI
- (D) Les rencontres ont lieu seulement lorsque des **services permanents** provenant des CRPDI sont disponibles, afin de ne pas donner d'espoir inutile aux parents

CLSC

- (R) L'implantation de la **démarche PSI** a permis de clarifier les rôles et les responsabilités de chacun, notamment dans la prestation des services
- (R) Pour certains CLSC, le modèle actuellement en expérimentation est utile et satisfaisant. Des rencontres se tiennent avec le client et/ou sa famille et les établissements impliqués. Ceci permet d'établir le bien-fondé de la demande de services, de développer des solutions pour répondre aux besoins et d'assurer la concertation de services intra-réseaux. Ceci impose une rigueur et un respect de l'opinion du client et suscite une compréhension des rôles respectifs de chacun
  - Des PSI ont permis d'imposer une orientation à des établissements réticents à offrir un service (ex. : pédopsychiatrie)
  - Le PSI donne plus de poids à la mise en priorité des services et ceux à offrir
- (R) Lors d'une démarche PSI, l'intervenant du CLSC joue un rôle de coordination auprès des partenaires du réseau et autres réseaux
- (R) Les intervenants de certains CLSC **animent** les rencontres PSI. Lorsqu'un intervenant manque d'expérience, le CRPDI co-anime. La répartition des tâches s'effectue facilement avec les différents partenaires et, au besoin, les CH sont présents
- (D) Certains CLSC ont initié avec des partenaires des modalités simplifiées permettant, entre autres, de résoudre la lourdeur des étapes du mécanisme et le manque de ressources humaines. Plusieurs PSI appelés PSI-maison-CLSC, PI, PIA pour le milieu scolaire, plan d'orientation, discussion de cas ou rencontre de concertation et de planification de services sont effectués par les CLSC dans des situations simples ou complexes. Les CLSC convoquent très souvent et animent ces rencontres qui visent à établir la concertation avec les parents et les partenaires du réseau et autres réseaux impliqués. Ceci favorise des échanges directs et assouplit les liens
- (R) et (D) Les CRPDI peuvent être exclus de ces rencontres pour les raisons suivantes
  - Leur présence n'est pas toujours nécessaire pour répondre aux besoins de services des clients
  - Des réunions se tiennent avec d'autres partenaires et permettent d'avoir des réponses de services afin de contourner les délais d'attente du CRPDI. Les CLSC doivent composer selon les services disponibles
- (D) Les intervenants de certains CLSC ne se sentent pas à l'aise pour animer, coordonner et rédiger le PSI, soit par manque d'expérience et le peu d'occasions qu'ils ont d'assumer ce rôle. Quelques CLSC ont l'impression d'animer une rencontre PSI pour des services requis par d'autres dispensateurs
- (D) Des difficultés ont été rencontrées pour formuler les objectifs lors d'une démarche PSI
- (D) Les PSI ont été peu nombreux et se font lorsqu'un premier service est dispensé par le CRPDI (Nord) afin d'éviter que la démarche demeure technique pour les parents
- (D) Le PSI est peu utilisé par le CRPDI (Sud). Cela génère un mode d'intervention plus cloisonné
- (D) La définition du principal dispensateur de services dans la coordination des activités n'est pas claire pour les personnes en attente de services. Si un travailleur social d'un établissement est impliqué, devient-il le principal dispensateur de services?
- (D) Des difficultés sont rencontrées avec le CRPDI (Ouest) pour qu'il anime des PSI
- (D) Certains intervenants des CLSC trouvent difficiles d'animer et de **rédiger** en même temps le **PSI**
- (R) et (D) Pour certains, le formulaire PSI n'est pas plus long à remplir que de prendre des notes. D'autres utilisent des formulaires maison qui ressemblent à ceux du mécanisme ou font un compte rendu qui est remis sur place ou envoyé aux participants

- (D) Le formulaire de révisiondu PSI est trop détaillé et répétitif et n'est pas utilisé uniformément d'un territoire à l'autre
- (D) Des difficultés sont rencontrées dans le transfert de la prise en charge après la réalisation du PSI du CLSC au CRPDI . Est-ce que la prise en charge demeure à celui qui donne le plus de services ou est-ce en fonction de la problématique du client?
- (D) La révision du PSI se fait souvent sans préparation et devant le client. La perception divergente sur les besoins de la clientèle par les établissements crée une tension inutile lors d'un processus PSI
- (D) Le CLSC demande que sa participation aux révisions des PSI pour les personnes desservies par le CRPDI ne soit pas obligatoire parce que la charge est trop lourde
- (D) Les PSI ou la planification de services effectués sont à réviser lorsque les services deviennent disponibles. Ces derniers ne sont plus nécessairement adéquats
- (R) et (D) L'instauration du mécanisme a imposé la mise en place demesures alternatives. Plusieurs nouvelles expérimentations fort intéressantes ont amené des solutions. Toutefois
  Dans certaines situations, les ressources se sont essoufflées puisque la mesure devient permanente, notamment pour les services de jour et de répit. La notion d'alternative perd ainsi sa crédibilité et il faut demeurer vigilant puisque ces mesures répondent rarement à tous les besoins
  Les conséquences peuvent être lourdes. Les intervenants se débrouillent sur le terrain mais cette situation pourrait entraîner un réseau parallèle cahotique
- (R) La plupart des CRPDI offrent des mesures alternatives en attendant que les services requis soient disponibles

CRPDI

- (D) Un manque de précisions demeure dans les rôles de décisions des différents partenaires dans une démarche PSI
- (D) La convocation de PSI pour les professionnels et les parents s'avère inutile si les services ne peuvent être mis en place. Une démotivation se crée si la rencontre ne sert qu'à une planification échelonnée dans le temps
- (R) et (D) Selon le modèle actuel, des rencontres PSI ont été effectuées approximativement 75 (Est), 40 (Centre), 20 (Ouest), 12 (Nord) et un (Sud)
- (R) et (D) Plusieurs rencontres de planification des services ou de rencontres d'orientation ont été effectuées avec les partenaires en utilisant les outils du CRPDI (Ouest)
- (D) La réunion d'évaluation tenue à la résidence de la famille en présence du CLSC, de l'usager et d'un représentant de zone du CRPDI est très enrichissante et souvent suffisante. Certains CLSC, CRPDI et les familles partagent l'avis qu'une réunion additionnelle (PSI) n'apporterait pas davantage de clarification à la situation
- (D) Certains intervenants du réseau arrivent parfois aux rencontres PSI mal préparés et n'ont pas les informations requises pour orienter les décisions, ce qui alourdit le processus et provoque des délais supplémentaires. La réalisation des PSI est également complexe dû à la disponibilité limitée de certains partenaires
- (D) Certains intervenants des CLSC, dépendamment du fonctionnement de certainCLSC, ne sont pas à l'aise avec cette démarche. Le concept de la planification de services n'est pas toujours acquis, la rédaction des objectifs peut être difficile et le suivi n'est pas toujours effectué
- (D) Pour un CRPDI (Centre), la démarche PSI demeureencore imprécise pour certains clients adultes

- (D) Le modèle déjà en opération au CRPDI (Sud) comporte les étapes suivantes
  Une rencontre d'orientation préliminaire est effectuée pour chaque demande de services avec la personne concernée, sa famille et l'intervenant référent. Ceux-ci peuvent inviter d'autres personnes de leur choix
  Cette rencontre permet d'élaborer les besoins de la personne et sa famille et de les orienter dans un des services du CRPDI
  Le CRPDI anime la rencontre d'orientation et rédige un rapport selon son formulaire maison
  Des démarches de demandes planifiées sont effectuées lorsque le service est disponible en utilisant son formulaire
  L'historique de l'accès au CRPDI (Sud) fait que les mesures transitoires étaient déjà utilisées sous forme de référence et vues comme palliatives à la liste d'attente. Cela répond en partie aux besoins et met de l'avant l'intégration communautaire des personnes. Les références se font à des groupes communautaires avec lesquels un partenariat s'est installé
- (D) Une copie du PSI, lorsque la rencontre est animée par le CLSC, n'est pas toujours retournée rendant difficile le suivi à faire par le CRPDI dans la prestation des services
- (D) Depuis les derniers mois, le travail à l'accès aux CRPDI est très difficile étant donné que la plupart des services ne peuvent être offerts. La **mise en priorité** des demandes devient donc compliquée à maintenir
- (R) Le mécanisme a permis l'utilisation des ressources des autres milieux et le développement de **mesures alternatives** dans une démarche PSI lorsque les services réguliers ne sont pas disponibles. Les parents ont pu en bénéficier même si ce ne sont pas des services permanents
- (R) Les mesures alternatives sont regardées pour chaque PSI effectué

CRDP

- (D) Pour le MAB, les règles du mécanisme n'ont pas été suivies. C'est le CLSC qui convoque et **anime** la rencontre. L'usager, sa famille, le CLSC et le MAB sont présents pour réaliser le PSI
  À cette étape, il y a présentation des besoins de services de l'usager. Le formulaire RR-01 est souvent utilisé pour le PSI au lieu du RR-02 qui est long à remplir. Les informations requises ne sont pas disponibles rendant la démarche lourde. Les délais importants d'accès aux services ne sont pas également signifiés ou connus. Toutefois, les rencontres ont permis d'identifier les besoins et de les prioriser
  Les partenaires ne sont pas tous présents au PSI n'assurant pas que l'ensemble des services requis va être offert
  L'information médicale pour les très jeunes enfants est parfois manquante et les partenaires présents n'ont pas tous la formation et l'expertise pour bien cibler les besoins de l'enfant
  Des difficultés sont rencontrées par les CLSC dans l'animation et la **rédaction du PSI**. Les intervenants manquent souvent d'expérience ou d'expertise. Le processus est souvent à recommencer aussi à cause du mouvement de personnel dans les CLSC
  Lorsque les déficiences physiques, autres que la déficience visuelle, sont très importantes ou plus critiques au bon fonctionnement de l'usager, un autre CRDP prend la responsabilité d'effectuer le PSI. Ces expériences n'ont pas été satisfaisantes en termes d'accès aux services et du support requis
- (D) L'animation et la rédaction du PSI sont effectuées par le CRPDI lorsque le CR Marie-Enfant a terminé ses services de réadaptation fonctionnelle ou lorsque celui-ci est impliqué dans la prestation des services. Des difficultés sont rencontrées lors de ces réunions pour établir les objectifs à atteindre dans la détermination des services puisque le vocabulaire diffère entre ces deux réseaux. Il en est de même avec les CLSC qui n'ont pas toujours la même approche
  Toutefois, lorsque le client n'était pas connu, le CH a assisté à des rencontres PSI dont leur participation n'était pas nécessaire

Dans les situations où le CR prend la responsabilité de coordonner le PSI, les représentants d'un autre CRDP ne sont pas présents et n'acceptent pas de référence autre que celle provenant du CH. Les CR diminuent également leurs interventions et le suivi à long terme Plusieurs discussions de cas sont aussi effectuées sans un processus PSI avec les CLSC pour déterminer les services

- (D) Un manque de communication est souligné par le MAB lorsque le CRPDI est responsable de la démarche **de planification du PSI et du suivi** . Les comptes rendus des rencontres ne sont pas, entre autres, envoyés au MAB
- (D) Les **solutions transitoires** ne sont pas appropriées. Les délais sont trop longs et ajoutent parfois un fardeau, entre autres concernant les services en réadaptation (ex. les besoins d'orthophonie) qui sont assumés temporairement par le MAB en attendant qu'ils soient dispensés par le CH ou un autre CR

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- (D) et (R) Les intervenants de le CH Rivière-des-Prairies se questionnent sur leur rôle et leur apport spécifique dans une **démarche PSI.** Dans certaines situations, le CH a accepté d'animer des PSI lorsqu'il demeurait impliqué dans la prestation des services
- (R) et (D) L'évaluation réalisée par le CH de Montréal pour enfants est souvent l'occasion de faire enclencher le processus PSI de façon informelle. Le CH n'a toutefois pas expérimenté ou ni participé à ce processus. Celui-ci contribue indirectement au PSI lors des rencontres permettant de préciser le diagnostic, les besoins et les services requis et ne souhaite pas coordonner le PSI. Le CH a eu très peu d'invitations des CRPDI et a dû refuser à l'occasion d'assister aux rencontres PSI par manque de temps mais demeure impliqué auprès de l'usager jusqu'à ce que les services soient offerts par le CRPDI :

  Des discussions de cas impliquant le CH et le CLSC, sans la présence du CRPDI, ont été tenues. Selon les cas, l'animation se fait par le CH ou le CLSC
- (D) Pour le CH Sainte-Justine, quelques rencontres PSI, selon les modalités du mécanisme, ont eu lieu mais n'ont pas été satisfaisantes. Dans d'autres situations, des contacts téléphoniques ou des discussions de cas s'effectuent entre le CH, le CRPDI et le CLSC pour transmettre les informations requises et déterminer les services. Les professionnels du CH ne peuvent pas, par manque de temps, participer à l'élaboration du PSI
- (R) et (D) Le CH Notre-Dame participe à des discussions de cas ou des PSI dans des situations exceptionnelles ou problématiques requérant leur présence. Celui est invité à des rencontres qu'il considère non pertinentes:

  Le CH effectue des discussions de cas à l'interne et invite, au besoin, des partenaires du réseau pour établir les orientations de services. Les CRPDI sont rarement invités

OPHQ

- (D) À une **rencontre PSI** à laquelle l'OPHQ était présent, aucune évaluation n'a été déposée. La rencontre PSI est devenue une cueillette sur les besoins et l'obtention des informations concernant la disponibilité des services
- (R) Malgré les nombreuses coupures subites par le réseau de la santé et des services sociaux, beaucoup d'efforts ont été accomplis par les intervenants pour trouver des **réponses alternatives** aux besoins de la clientèle
- (D) L'existence d'une terminologie parallèle complique davantage l'information des personnes et leur famille

✓ **Ajustements proposés**

Plusieurs CLSC et CRPDI

- Trois **scénarios** sont à explorer dans la révision du modèle actuel concernant les **PSI** en tenant compte des pratiques développées sur le terrain. Le cadre de référence doit reconnaître
  - Que des conférences de cas, PSI locaux ou autres appellations, se tiennent par les CLSC avec les partenaires de services (présence du CRPDI non obligatoire) et qu'elles se fassent dans l'esprit des objectifs mis de l'avant par le mécanisme
  - Que des rencontres se fassent avec les CRPDI, les CLSC et les autres partenaires pour planifier les services et ce, selon la définition et la philosophie d'une démarche PSI mise de l'avant par le mécanisme
  - Que le modèle actuel soit appliqué et vu comme un outil facilitateur lors de situations complexes ou litigieuses

CLSC

- Les partenaires doivent être mieux sensibilisés sur le fonctionnement d'une **démarche PSI** afin d'assurer leur présence et permettre une prestation des services adéquate
- Les procédures offrent une structure claire et uniforme. Si elles deviennent plus flexibles, il y a un risque de perdre les avantages qui y sont attachés
- La coordination du PSI initial ou de révision doit être assumée par le CRPDI
- Une discussion de cas, préalable entre les différents dispensateurs, doit avoir lieu avant la rencontre PSI (étape pré-PSI) afin que chacun se prononce sur les services qu'il peut offrir. Cela éviterait aux parents d'assister à des longues discussions portant sur la réalité de ce qui peut être fait
- La Régie doit préciser:
  - L'établissement qui **anime** le PSI et dans quelle situation
  - La définition et le rôle du principal dispensateur de services, notamment dans les circonstances où la demande de services est en attente
- Les CLSC indiquent un besoin de formation pour l'**animation** du PSI et un ajout d'effectifs est nécessaire pour réaliser cette activité
- Des clarifications quant à la formulation des objectifs déterminés par le PSI doivent être apportées
- Les dispensateurs de services doivent être présents systématiquement au PSI
- Les modalités cliniques doivent être explorées et des efforts consentis pour que les **mesures transitoires** ne deviennent pas permanentes et que des services soient mis en place afin d'assurer le besoin d'intégration sociale réelle des personnes
- La philosophie entourant les mesures alternatives ne doit pas être perdue de vue et ces mesures ne doivent pas remplacer le besoin de services permanents

CRPDI

- La **démarche PSI** et sa pertinence doivent être reclarifiées autant pour les nouvelles demandes que pour les personnes desservies par le CRPDI
- Les orientations sont à maintenir. Cependant, cela nécessite :
  - Un assouplissement dans les différentes étapes, surtout lors de situations non complexes
  - Une mise en priorité concertée des dossiers (dépistage urgent, semi-urgent)

- Une réflexion sur la philosophie rattachée au PSI, par rapport à celle concernant le projet de vie de la personne qui est élaboré lorsque des services lui sont dispensés, serait intéressante à faire
- Pour quelques CRPDI, le PSI pourrait être coordonné et **animé** par eux pour la première année
- Dans la pratique, il a été très rare que deux comités se soient constitués. Pour fins de simplification, un seul comité peut s'acquitter de ces fonctions
- Le suivi et l'utilisation de **mesures alternatives** demandent un partage des responsabilités pour assurer un réseau intégré de services ainsi qu'une évaluation sur la capacité de la communauté et de la famille à y participer

CRDP

- Le MAB favorise que le CLSC prenne un rôle de leadership dans le PSI puisque les besoins de la clientèle ne sont pas seulement des services de réadaptation fonctionnels offerts par celui-ci. À cela doivent s'ajouter des services de soutien à la famille, des ressources de répit et de placement, des ateliers de travail, etc. De plus, lorsque l'usager est transféré au CRPDI, le CLSC joue encore un rôle important
- Le processus PSI doit être mieux encadré pour que les intervenants des divers milieux soient mieux préparés dans l'utilisation du mécanisme, notamment dans la préparation, **l'animation** et la réalisation du PSI, **son suivi** et sa **révision**
- Une harmonisation est nécessaire entre les réseaux de la pédiatrie et des CRPDI concernant la terminologie employée dans l'élaboration du PSI (ex. objectifs, contexte et habitudes de vie de l'enfant). Cela assurerait aux usagers et aux partenaires une démarche PSI intégrée

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- Le CLSC doit jouer un rôle central dans la coordination de la **démarche PSI**
- Les rôles et les responsabilités des établissements doivent être révisés dans une démarche PSI
- Plusieurs CH remettent en question leur participation au PSI lorsqu'un CRPDI est impliqué. Il est proposé à la Régie régionale que des contacts se fassent par téléphone lorsque jugé nécessaire par le CRPDI ou les autres partenaires de services
- Dans les situations complexes et ultra spécialisées, l'hôpital Montréal pour enfant est disponible à participer aux discussions de cas afin d'élaborer un plan de référence
- Les services communautaires doivent être interpellés pour offrir des activités particulières à la DI
- Lorsque l'enfant est suivi par un CH, une copie du PSI doit être acheminée à ce dernier

CH psychiatrie

- L'**animation** et les rencontres PSI doivent être encouragées pour que les CH les réalisent

OPHQ

- La **démarche PSI** doit être uniforme dans tous les territoires

2.3.6. Notion de répondant

✓ **Résumé des commentaires**

CLSC

- (R) En général le parent ou l'intervenant du CLSC est le répondant. Le client ou l'intervenant du CRPDI joue rarement ce rôle
- (R) L'intervenant du CLSC est le mieux placé pour être le répondant étant donné son implication auprès de la famille. Selon la problématique, le répondant peut être une responsabilité partagée avec la personne ou l'intervenant le plus significatif
- (R) Le répondant devient l'intervenant ayant acheminé la demande ou l'intervenant du CRPDI, selon les orientations prises au PSI
- (R) Dans plusieurs situations, un CLSC a développé un modèle de collaboration entre une personne significative dans l'entourage de la famille et l'intervenant du CLSC pour assumer ce rôle. Ce modèle n'existe pas avec le CRPDI
- (R) Le parent ou une personne de l'entourage, dans certaines situations, assume le rôle de répondant lorsque la famille préfère moins d'implication du CLSC et une plus grande distance face aux services sociaux
- (D) Dans les cas complexes ou problématiques particulières, la définition et le rôle sont à clarifier

CRPDI

- (R) La plupart du temps, c'est le parent qui est le répondant. Quelquefois, lors de cas complexes, le répondant provient d'un groupe de soutien (ex: Société de l'autisme)
- (D) Peu de changements ont été réalisés au niveau de la responsabilité dans l'application de la notion de répondant
- (D) La famille a une mauvaise compréhension de ce rôle et a peur de perdre des services selon le répondant nommé

CRDP

- (R) Ce rôle est joué principalement par le MAB en collaboration avec les CLSC. La détermination est faite conjointement à savoir qui doit prendre la responsabilité selon les besoins identifiés avec la famille

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- (R) Un CH est d'accord avec cette notion
- (D) Le CH de Montréal pour enfants ne devrait pas être le répondant lorsque le dossier est fermé. Ce rôle doit être assumé par le CRPDI lorsqu'il est impliqué

CH psychiatrie

- (R) Cette notion ne pose pas réellement de problème. Elle permet de centraliser les échanges d'information
- (D) La notion de répondant est parfois très abstraite et un décalage est vécu entre la notion de répondant et de responsable rendant un préjudice au client

✓ **Ajustements proposés**

CLSC

- La personne qui a la vision globale du client ou l'implication majeure dans le dossier doit assumer les activités dévolues au répondant
- Le CRPDI doit assumer ce rôle. Cependant, le CLSC est d'accord pour discuter de cette proposition
- La Régie régionale doit mieux définir la notion de répondant et identifier qui a la responsabilité de l'assumer

CRPDI

- La notion d'imputabilité rattachée au rôle du répondant est à clarifier et à redéfinir dans le choix du vocabulaire. Le rôle doit être simplifié et il faut décider qui en est responsable:la personne ou le proche, le référant, le responsable légal ou autre
- La notion de répondant doit être révisée à la lumière des travaux du sous-groupe de travail des comités transitoires. Le CRPDI (Centre) adhère à la définition du répondant tel que proposé par le groupe. Cependant, il distingue le **gestionnaire de cas**, non en remplacement du répondant lorsque choisi par la personne ou la famille, mais en surcroît du répondant puisque son rôle et ses responsabilités sont totalement différents. Le CRPDI souscrit également aux principes de l'identification du gestionnaire de cas; lorsque le CRPDI commence à dispenser les services, il devient l'expert dans le réseau

CRDP

- Le CLSC doit être le gestionnaire de cas pour les clients qui ont des besoins à long terme

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- Le CRPDI doit être le répondant lorsqu'il est impliqué
- La Régie régionale doit définir qui est le répondant, quel est son rôle et qui est le mieux placé pour l'accomplir

Annexes

LISTE DES SIGLES

CH :	Centre hospitalier
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux spécialisés
CHSP :	Centre hospitalier en soins psychiatriques
CJ :	Centres jeunesse
CJM :	Les Centres jeunesse de Montréal
CLSC :	Centres locaux de services communautaires
CR :	Centre de réadaptation
CRDP :	Centre de réadaptation en déficience physique
CRPDI :	Centre de réadaptation pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle
CRPDI (Nord):	Services de réadaptation L'Intégrale
CRPDI (Est):	Centre de réadaptation Gabrielle Major
CRPDI (Ouest) :	Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal
CRPDI (Sud):	Centre de réadaptation Lisette-Dupras
CRPDI (Centre) :	Centre de réadaptation Miriam
(D) :	Difficultés rencontrées
DPJ :	Direction de la protection de la jeunesse
DI :	Déficience intellectuelle
LPJ :	Loi sur la protection de la jeunesse
PI :	Plan d'intervention
PIA :	Plan d'intervention adapté
PSI :	Plan de services individualisé
QI :	Quotient intellectuel
(R) :	Réalisations obtenues
RR-01 :	Évaluation sommaire des attentes et des besoins de l'enfant et de sa famille
RR-02 :	Évaluation globale des besoins, bilan et informations préparatoires à l'élaboration du PSI
RR-04 :	Plan de services individualisé
SICDI :	Système information clientèle en déficience intellectuelle
SAF :	Soutien à la famille
SM :	Santé mentale
TED :	Troubles envahissants du développement
TGC :	Troubles graves du comportement
Mécanisme :	Mécanisme de coordination de l'accès aux services

DEGRÉ DE SATISFACTION DE LA PERSONNE ET DE SA FAMILLE DANS UNE DÉMARCHE PSI

Un questionnaire a été acheminé à plusieurs familles par les intervenants des CLSC ou des CRPDI. Au total, quinze personnes nous ont retourné leurs commentaires. Étant donné le nombre très restreint de participants, il est difficile d'en dégager des éléments significatifs.

Nous reproduisons dans le tableau ci-dessous la compilation des résultats obtenus. Dans l'ensemble, le degré de satisfaction de la personne et de sa famille dans une démarche PSI est satisfaisant.

Données factuelles

	Intellectuelle	Auditive	Motrice	Visuelle	Parole	Autres
Déficience de la personne	13	2	5	4	8	4

	0-4	5-17	18-25	26-34	35-44	45-99
Groupe d'âge	6	8	0	0	1	0

Dans le cadre de la démarche PSI

Questions	Tout à fait	Moyennement	Un peu	Pas du tout
Avez-vous senti que vous avez été écouté?	13	2	-	-
Avez-vous eu la liberté de vous exprimer?	12	1	2	-
Avez-vous senti, durant la rencontre, que vous aviez une place importante dans la prise de décision?	12	2	1	-
Croyez-vous que cette démarche a permis de mieux répondre à vos besoins?	13	2	-	-

Questions	Simple	Plutôt simple	Compliquée	Très compliquée
Comment avez-vous trouvé cette démarche?	12	2	-	-

Commentaires et suggestions

Commentaires

- ✓ Le processus est très satisfaisant et aidant. Il permet de différencier et de couvrir les différentes étapes prévues dans le mécanisme
- ✓ Le Centre Miriam offre d'excellents services. Les parents sont satisfaits de la rencontre PSI avec l'établissement

- ✓ Un parent souligne qu'il est content du processus PSI, veut le garder et le continuer ainsi
- ✓ Un parent est très satisfait du fonctionnement actuel mais, advenant tout changement, il communiquerait avec la Régie pour faire part de son insatisfaction

Suggestions

- Il est recommandé qu'il y ait une rencontre PSI pour faire le suivi une fois par année, si cela n'est pas déjà prévu
- Il faut engager des psychoéducateurs d'expérience afin d'offrir un service plus complet et augmenter les heures/services/semaine

DEGRÉ DE SATISFACTION PAR RAPPORT À LA RÉGIE RÉGIONALE DANS L'IMPLANTATION DU MÉCANISME, DANS SON RÔLE DE COORDINATION ET D'ORIENTATION LORS DE SITUATIONS COMPLEXES

✓ Commentaires et recommandations

Note : Le texte suivant reproduit les commentaires émis et reçus des établissements et organismes.

D'implantation du mécanisme de coordination de l'accès aux services

Plusieurs CLSC et CRPDI

- Les établissements déplorent qu'il n'y ait pas eu de porteurs de dossiers en DI, sur le mécanisme de coordination de l'accès aux services et le programme soutien à la famille, pendant l'absence des conseillers. Cela donne une image peu sérieuse de la portée de ces dossiers. Un non suivi terrain depuis près de deux ans sur le mécanisme a laissé les gens sans support et a favorisé le développement de pratiques différentes
- Des questions sont posées à savoir où le budget alloué (70 000 $) par le MSSS à la Régie régionale pour la mise en place du mécanisme est passé puisque l'équipe a été dissoute. Ce budget doit être transféré en services dans le réseau
- Le processus d'implantation est très bien organisé

CLSC

- Le mécanisme de coordination de l'accès aux services répond à un besoin. Cela permet une vision plus globale de la situation
- Une bonne écoute et un bon support de la conseillère sont soulignés
- Bonne ressource (Manon Rainville) en dossier DI qui permet un langage commun et une compréhension réelle des enjeux. Bravo! Manon saisit bien les lacunes encore présentes
- Le mécanisme de coordination de l'accès aux services est en soit intéressant
- La communication entre intervenants est améliorée
- L'objectif d'accès aux services n'est pas atteint et le mécanisme doit le promouvoir
- Les délais d'attente sont très longs que ce soit pour la clientèle enfant ou adulte
- L'information ne circule pas, tant pour les intervenants que les personnes responsables de la personne handicapée. Ils n'ont pas accès à une information quant à l'attente
- Le conseiller à l'accès a changé souvent et la responsable de la coordination n'a pas été remplacée durant son congé de maladie, ce qui est dommage pour assurer la continuité
- La formation était excellente et les réunions avec la personne ressource des CLSC, du CRPDI et de la Régie régionale ont été très appréciées parce qu'elles donnaient l'occasion d'entendre parler les autres CLSC et de partager différentes situations ou difficultés encourues
- Par rapport à la Régie régionale, il est difficile d'exprimer quelques commentaires sur la satisfaction vis-à-vis la Régie par la méconnaissance de leur rôle et leurs tâches. Des échanges concernant la collaboration conjointe sont souhaités

- L'implantation du mécanisme de coordination de l'accès aux services a été réalisée sans difficulté au CLSC sauf pour l'ajustement avec le CRPDI et les CH concernant la demande de services à compléter. Les cas non connus du CLSC doivent être évalués par les CH et acheminés directement au CRPDI
- Une bonne performance de la Régie est à souligner
- Une satisfaction générale est soulignée. Cependant, une représentation accrue de la Régie régionale auprès de l'ensemble des CH serait appréciée
- La Régie régionale doit mettre en place une politique claire de collaboration et de surveillance dans l'application des modalités du mécanisme de coordination de l'accès aux services

CRPDI

Éléments positifs :

- Grande et pertinente disponibilité
- Réponse claire à nos demandes
- Préoccupation de suivi
- Respect de nos attentes dans les dossiers
- Facilitation dans nos relations avec les partenaires

Éléments négatifs :

- Trop grand mouvement dans l'équipe Régie (territoire Est)
- Écart entre les réalités du mécanisme de coordination de l'accès aux services et le contexte de l'établissement
- Lenteur dans la diffusion du fonctionnement du mécanisme à l'ensemble des partenaires et manque dans le suivi
- Implication prématurée du mécanisme parce qu'absence ou méconnaissance des règles de départ
- Les intervenants du CRPDI ont apprécié travailler avec les conseillers de la Régie régionale. Cependant, ce qui a été déplorable en cours de route a été de composer avec les résistances concernant l'implantation du mécanisme de coordination de l'accès aux services, de l'orientation politique donnée à ce dossier impliquant des délais dans sa mise en place. Cependant, des liens de confiance se sont instaurés
- La Régie a été le meneur du dossier et a assumé un leadership très approprié en étant à l'écoute des besoins des partenaires
- L'identification des pistes de solutions est également un souci constant de la Régie
- Le bon travail de la Régie est souligné

CRDP

- L'initiative de la Régie régionale par rapport à l'implantation du mécanisme de coordination de l'accès aux services est beaucoup appréciée. Celui-ci est important et bénéfique pour la clientèle multidéficiente et permet une meilleure concertation avec les partenaires du réseau
- Le CRDP est d'accord avec l'implantation du mécanisme de coordination de l'accès aux services

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- Le CH est d'accord avec l'idée que les services aux patients doivent être coordonnés le plus efficacement possible. Celui-ci a l'impression que les politiques administratives sont établies sans que les ressources nécessaires soient mises en place et sans nécessairement écouter les intervenants qui travaillent avec les patients. La documentation additionnelle remise n'augmentera pas l'efficacité du processus. Tous les partenaires auraient dû être impliqués dès le début. Ceci aurait permis à chacun de faire valoir son point de vue
- Le CH considère qu'il était plus que nécessaire d'enclencher une telle consultation. Cependant une étape ultérieure pourrait être de tenir des rencontres permettant d'évaluer les services offerts et les mécanismes d'accès aux ressources par territoire de CRPDI, c'est à dire de convoquer les représentants du CRPDI d'un territoire donné, les représentants du ou des CLSC de ce territoire et les représentants des CH desservant cette population
- Le CH aurait souhaité participer, dès le début, aux discussions concernant le mécanisme de coordination de l'accès aux services pour les personnes vivant avec une DI
- La Régie régionale envoie l'information quand il y a des changements dans l'organisation et la distribution des services. Il serait important que celle-ci suggère la notion de porteur de dossier quand il y a pertinence de travailler en partenariat face à une même clientèle

CH psychiatrie

- L'implantation est dans la bonne direction
- Le représentant participe depuis peu aux travaux du comité régional et ne peut donc porter un jugement diachronique; plusieurs aspects l'interpellent restriction des budgets, coordination des programmes, réponses aux besoins des bénéficiaires, etc.

Office des personnes handicapées

- L'OPHQ étant présent depuis le tout début de la démarche en vue d'élaborer et de voir à l'implantation du mécanisme de coordination de l'accès aux services, l'organisme ne peux que souligner la détermination et l'implication du personnel de la Régie régionale et plus spécifiquement de Manon Rainville
- L'implication des CLSC et des CRPDI doit être soulignée. Ceux-ci ont volontairement accepté de « concéder » une petite partie de leur autonomie de fonctionnement au profit d'une démarche collective de concertation pour l'implantation régionale de la démarche PSI

Rôles de coordination et d'orientation

➪ ***DANS LA DEMANDE DE SERVICES LORS DE SITUATIONS COMPLEXES***

CLSC

- Peu d'occasion d'impliquer la Régie à ce niveau. Cependant, les cas anglophones qui bénéficieraient de services en «milieu anglophone» méritent que la Régie négocie des ententes entre les CRPDI Gabrielle Major et CROM de façon à faciliter ou même systématiser les transferts de budgets qui sont laissés à l'arbitraire présentement

- Considérant les délais d'attente, l'intervenant (CSLC, par exemple) fait les liens entre les ressources et services
- L'arrimage-réseautage est nécessaire. Cette responsabilité est présentement assumée par l'intervenant CLSC durant toute la période d'attente
- La Régie ne semble pas connaître les besoins spécifiques de la clientèle ou ne les reconnaît pas comme importants et ne semble pas être préoccupée par les délais d'accès
- Très peu de demandes ont été faites mais sont satisfaisantes

CRPDI

- Le rôle de coordination s'est concrétisé avec le temps, imprécis au départ il est devenu plus spécifique en cours d'exercice
- Les situations complexes sont souvent traitées à l'extérieur des mécanismes prévus

CRDP

- Une absence de communication de la part de la Régie régionale dans des situations de PSI est déplorée. Il y a encore un manque de suivi et/ou un manque d'information. La Régie est au courant de ces préoccupations qui ont été transmises par le MAB

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- Une variabilité dans le soutien apporté dans le cas par cas doit être mentionnée

CH psychiatrie

- C'est un rôle essentiel que doit assumer la Régie régionale
- Le CH n'a pas eu à soumettre de telle demande à la Régie régionale

➪ ***LORS DE SITUATIONS PROBLÉMATIQUES***

CLSC

- Un manque de leadership initial est signalé face aux hôpitaux pour qu'ils effectuent l'évaluation sommaire des besoins. Les suites données ont permis des déblocages significatifs
- Aucune demande n'a été faite à la Régie. La concertation s'est faite avec le CRPDI
- La responsable de la coordination de l'accès a bien répondu et clarifié les situations problématiques
- Le mécanisme de coordination de l'accès aux services a permis de traiter des situations problématiques, il procure à l'intervenant une structure de suivi (ex. traitement des litiges) et assure que la Régie a été impliquée, lorsque requis, dans certaines situations. Il allège le fardeau de la responsabilité du professionnel en le situant d'une façon systémique et en définissant les rôles et les responsabilités du réseau
- L'intervention de la Régie est souhaitée dans les cas litigieux

CRPDI

- Les situations complexes sont souvent traitées à l'extérieur des mécanismes prévus
- Une volonté de résultat est présente pour satisfaire les instances et les personnes concernées
- La conseillère est toujours rejoignable facilement. Cela est très aidant d'avoir une tierce personne pour trancher dans les dossiers litigieux impliquant d'autres établissements
- Le CRPDI maintient sa position que le rôle de la Régie demeure essentiel et important pour l'accompagnement lors de situations litigieuses
- Dans les situations litigieuses, la Régie régionale aide à cerner les motifs de désaccord qui surviennent entre l'établissement référent et le CRPDI

CRDP

- Comme pour les situations complexes, il n'y a pas eu de suivi par la Régie régionale (secteur déficience physique). Celui-ci ne communique pas avec le CRDP pour effectuer la mise à jour des cas problématiques. Ceci est peut-être dû en partie par un manque de ressources humaines. Le CRDP désire améliorer cette collaboration

CH pédiatrie et pédopsychiatrie

- Pour un cas litigieux, nous avons demandé de l'aide à la Régie régionale et l'enfant a été finalement référé au CRPDI

CH psychiatrie

- C'est un rôle essentiel que doit assumer la Régie régionale
- Le CH n'a pas eu à soumettre de telle demande à la Régie régionale

Liste des personnes
qui ont collaboré aux travaux relatifs au bilan qualitatif 2000
concernant l'implantation du mécanisme de coordination de l'accès aux services
pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle

MEMBRES DU SOUS-COMITÉ DE TRAVAIL MULTISECTORIEL

André Allard, Regroupement des CLSC (Pierrefonds), représentant
Ghislaine Brosseau, CHSP (Hôpital Rivière-des-Prairies), psychiatrie
Marie-France Côté, CHSGS (Hôpital Sainte-Justine), pédiatrie et pédopsychiatrie
Michel Doray, Centres jeunesse de Montréal
Danièle Dorval, Régie régionale de Montréal-Centre, Services multiclientèles de première ligne
Diane Gauthier, Régie régionale de Montréal-Centre, responsable de la démarche
Michel Gignac, OPHQ
Gisèle Hall et Nathalie Falardeau (par intérim), CRDP (Association montréalaise pour les aveugles)
Howard Nadler, Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw
Pierre Pépin, Regroupement des CLSC (Rosemont)[1]
Manon Rainville, Régie régionale de Montréal-Centre, chargée de la démarche et de la rédaction
Lise Séguin, CRADI (Corporation La Joie des enfants)[1]
Claude St-Onge , Services de réadaptation l'Intégrale (remplace Claude Campeau de la Table de concertation des CRPDI)

REPRÉSENTANTS QUI ONT PARTICIPÉ AUX TRAVAUX RELATIFS AU BILAN QUALITATIF 2000

CLSC

Nord	Luce Harnois et Monique Sauriol, CLSC Saint-Laurent
	Françoise Barbot, CLSC Saint-Michel
	Jean-Guy Lemay, CLSC Ahuntsic
	Claire Dumulong ,CLSC Montréal-Nord
Est	Dolorès Brice et Sylvie Giard, CLSC Mercier Est/Anjou
	Danièle Girard et Yves Nadon, CLSC Olivier-Guimond
	Mario Gagnon, CLSC Saint-Léonard
	Claudette Desbiens, CLSC Hochelaga-Maisonneuve
	Charline Dupuis, CLSC Rivière-des-Prairies
	Carmen Magnan, CLSC J.-Octave Roussin
Centre	Maria Élena Concha, CLSC Côte-des-Neiges
	Michèle Moati et Francine Lambert, CLSC René-Cassin
Ouest	Kathlyn Gauvrin, CLSC Lac Saint-Louis
	Sylvie Barzilay et Katia Beaufort, CLSC Pierrefonds
	Lise Rivard, CLSC Saint-Louis du Parc
	Rosemary Steinberg, CLSC Métro
	Gemma Laposta, CLSC Notre-Dame-de-Grâce/Montréal Ouest

[1] Ces personnes ont participé à quelques rencontres seulement.

Sud	Jean Groulx, CLSC Des Faubourgs France Poliquin, CLSC LaSalle Belinda Hall, CLSC Saint-Henri Louise Labissionnière et Catherine Lendl, CLSC Verdun/Côte Saint-Paul Diane Mahoney, CLSC Du Vieux Lachine Danielle Bastien Choquette, CLSC du Plateau Mont-Royal Marielle Dion, CLSC La Petite Patrie Jean-Pierre Bordeleau, CLSC Parc Extension Jacqueline Guertin, CLSC Villeray
CRPDI	
Nord	Claude St-Onge, Sylvie Coallier et Francine Quévillon, Services de réadaptation L'Intégrale
Est	Marie Picard et Francine Dépelteau, Centre de réadaptation Gabrielle Major
Centre	Marjolaine Landry, Centre Miriam
Ouest	Frank Vincelli, Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal
Sud	Brigitte Vincent, Centre de réadaptation Lisette-Dupras
CRDP	Gisèle Hall, Kenneth Cooper et Nathalie Falardeau, Association montréalaise pour les aveugles Annette Rudy, CR MacKay André Michaud, CR Constance Lethbridge Gilles Bourgeault, CR Lucie-Bruneau (pas de commentaire) Denise Mauger, Institut de réadaptation de Montréal (pas de commentaire) Lucie Lecours, CR Marie-Enfant Pierre-Paul Lachapelle, Regroupement des établissements de réadapation en déficience physique
CHSGS (pédiatrie et pédopsychiatrie)	Pauline Perron-Groleau et Pierre Boulanger, CH Maisonneuve-Rosemont Joanne Stamegna, Julie Marchand, Élaine Pelland-Blais, Michèle Paquette et Suzanne Tremblay, CH de Montréal pour enfants et Centre universitaire de santé McGill France Gareau, Sonia Bélanger, Céline Belhumeur et Marie-France Côté, CH Ste-Justine Peter Valanis, Hôpital général du Lakeshore Françoise De la Harpe, Denise Bourgault et Suanne Desroches, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (Pavillon Notre-Dame) Francine Giroux, Centre hospitalier Douglas Ghislaine Brosseau et Lynn Grégoire, Hôpital Rivière-des-Prairies
CHSP	Gilles Bouffard, Céline Corbeil et Denise Fortin, Centre hospitalier Fleury Hôpital Général Juif Richard Lusignan, Institut Philippe Pinel Thérèse Ross, Nicole Roussel et Manon Trudeau, Hôpital Jean-Talon Diane Bouchard et Sylvie Carrière, Hôpital Louis-H. Lafontaine Lynn Grégoire, Hôpital Rivière-desPrairies Ina Winkelman et Thérèse Broda, Centre hospitalier Douglas Marie-José Quesnel, Centre hospitalier St. Mary
OPHQ	Michel Gignac, OPHQ

Régie régionale de Montréal-Centre

Denis Chevalier, Services d'adaptation sociale
Danièle Dorval, Services multiclientèles de première ligne
Léo Fortin, Services de santé mentale
Jacques Fréchette (en remplacement de Bi Lan Vo), Services d'intégration sociale pour les personnes présentant une déficience physique
Mireille Perreault, Services de santé mentale
Michèle Bérubé (en remplacement de Ghyslaine Sénécal), Services multiclientèles de courte durée

Liste des personnes
qui ont collaboré à l'ensemble de la démarche
d'implantation du mécanisme de coordination de l'accès aux services
pour les personnes présentant une déficience intellectuelle

Membres du comité de travail multisectoriel :

Pierre Berger, directeur général, Regroupement des parents de personnes ayant une déficience intellectuelle de Montréal
Hilde Besser, directrice générale, Association de Montréal pour la déficience intellectuelle
Claude Campeau, directeur des services professionnels et de réadaptation, Services de réadaptation L'Intégrale
Andrée Carrière, conseillère, Régie régionale de Montréal-Centre
Thérèse Colin, coordonnatrice, CRADI
Guy-Michel Deslauriers, conseiller cadre, Centre de réadaptation Lisette-Dupras
Toni Di Re et Frank Vincelli (par intérim), coordonnateur des services à l'accès, CROM
Michel Gignac, agent de soutien à l'intégration, Djamila Benabdelkader (par intérim), OPHQ
Alain Grégoire, Le Mouvement Des Personnes d'Abord de Montréal
René Grenier, chef de service, responsable du projet, Régie régionale de Montréal-Centre
Carole McDonough, directrice générale par intérim, Centre Miriam
Saül Panofsky, directeur général, CLSC Saint-Louis du Parc
Richard Paradis, directeur de la qualité des services, Centre de réadaptation Gabrielle Major
Pierre Pépin, coordonnateur des services courants, CLSC Rosemont
Manon Rainville, conseillère cadre, chargée de projet et rédaction, Régie régionale de Montréal-Centre
Guylaine Ranger, technicienne en administration, Régie régionale de Montréal-Centre
Camille Spain, directrice des services courants, Sylviane Lalonde et Martine Carré (par intérim), CLSC Pierrefonds

Membres des cinq comités transitoires :

Nord : Jean-Guy Lemay, CLSC Ahuntsic
Claude St-Onge, Services de réadaptation L'Intégrale
Monique Chicoyne, Régie régionale de Montréal-Centre

Est : Serge Ouellette, CLSC Rivière-des-Prairies
Marie Picard et Francine Dépelteau, CR Gabrielle Major
Alain Germain, Régie régionale de Montréal-Centre

Centre : Monique Lapointe, CLSC Côte-des-Neiges
Marjolaine Landry, Centre Miriam
Sofia Ioanou, Régie régionale de Montréal-Centre

Ouest : Anne Blachier et Sylvie D'Aragon, CLSC Pierrefonds
Frank Vincelli, CROM
Sofia Ioanou, Régie régionale de Montréal-Centre

Sud : Jacqueline Guertin, CLSC Villeray
Brigitte Vincent, CR Lisette-Dupras
Alain Germain, Régie régionale de Montréal-Centre

Sous-groupe de travail des comités transitoires :

Anne Blachier, CLSC Pierrefonds
Francine Dépelteau, CR Gabrielle Major
Marjolaine Landry, Centre Miriam
Monique Lapointe, CLSC Côte des Neiges
Marie Picard, CR Gabrielle Major
Manon Rainville, Régie régionale de Montréal-Centre, coordonnatrice des travaux
Brigitte Vincent, CR Lisette-Dupras

Travaux réalisés
par le sous-groupe de travail des cinq comités transitoires
de janvier 1999 à mai 1999

Étudier la notion «gestionnaire de cas» versus «coordonnateur de dossiers» en lien avec la notion de «répondant» et le rôle des CRPDI dans le défi de l'accès
Adapter les formulaires RR-01 et RR02 pour les 0-5 ans
Réviser les formulaires RR-01, RR02, RR-04 et RR-06 et s'assurer qu'ils soient adaptés en fonction de l'implantation du système SIGDI
Réviser le formulaire d'autorisation à transmettre les informations au CRPDI
Produire un modèle d'évaluation sommaire des activités de la vie quotidienne
Produire un «document de référence» pour les intervenants concernant les formulaires
Réviser le modèle à fournir aux parents lors de l'élaboration d'un PSI
Identifier des moyens pour obtenir l'information lorsque le PSI ne peut être complété sur place
Réviser la notion d'offrir des services réguliers et continus pour déterminer quel établissement initie le PSI
Soumettre aux tables de concertation l'idée de tenir des rencontres de sensibilisation territoriales pour les écoles et les organismes communautaires

---

P.S : Un élément n'a pu être finalisé sur la définition du rôle et les attentes concernant la personne responsable à la Régie régionale de l'implantation et de l'évaluation du mécanisme de coordination de l'accès aux services